



# Schmerzen? Wer weiss!

Voraussetzungen für ein valides Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz im Langzeitbereich

Meier Lisa  
S16546228

Steinemann Selina  
S16546376

Departement Gesundheit  
Institut für Pflege  
Studienjahr: 2016  
Eingereicht am: 3.5.19  
Begleitende Lehrperson: Nina Braun

**Bachelorarbeit  
Pflege**

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	5
1. Einleitung.....	6
1.1. Fragestellung der Arbeit .....	8
1.2. Ziel der Arbeit .....	8
2. Theoretischer Hintergrund.....	9
2.1. Demenz .....	9
2.2. Demenzformen .....	11
2.3. Schmerz .....	12
2.4. Schmerzassessment und -management .....	13
2.5. Validität/valide.....	14
2.6. Langzeitbereich .....	14
2.7. Pflegepersonen.....	15
2.8. Das Evidence-based Nursing Modell (EBNM) .....	15
3. Methodik.....	17
3.1. Literaturrecherche.....	17
3.2. Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
3.3. Instrumente zur kritischen Beurteilung.....	22
4. Ergebnisse .....	23
4.1. Übersichtstabelle .....	24
4.2. An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia (Barry et al., 2012) .....	31
4.3. Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting (Burns & McIlpatrick, 2015a) .....	34
4.4. Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study (De Witt Jansen et al., 2017).....	36
4.5. "A tool doesn't add anything". The importance of added value. Use of observational pain tools with patients in advanced dementia approaching end of life – a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives (De Witt Jansen et al., 2018) .....	39
4.6. Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people (Manias et al., 2011).....	42

4.7. Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia (Monroe et al., 2015).....	45
4.8. Pain management skills of regional nurses caring for older people with Dementia: A needs analysis (Neville et al., 2006).....	48
4.9. Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen (Palm et al., 2017).....	51
4.10. Developing a training for certified nursing assistants to recognize, communicate, and document discomfort in residents with dementia (Rodriguez et al., 2018).....	53
4.11. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia (Zwakhalen et al., 2007) .....	57
4.12. Pain in older adults with dementia (Zwakhalen et al., 2018).....	60
5. Diskussion .....	63
5.1. Schulung.....	63
5.2. Kommunikation .....	64
5.3. Richtlinien .....	65
5.4. Betroffene und Angehörige .....	66
6. Schlussfolgerung .....	67
7. Theorie-Praxis-Transfer Schulung.....	69
7.1. Forschungsperspektive.....	69
7.2. Reflektierte Praxiserfahrung .....	69
7.3. Umgebungsbedingungen.....	70
7.4. Ziele, Präferenzen, Wünsche des Patienten/der Patientin.....	71
7.5. Praxisempfehlungen zu den Bereichen Schulung, Kommunikation, Richtlinien, Betroffene und Angehörige .....	72
8. Empfehlungen für die Forschung.....	75
9. Beantwortung der Fragestellung .....	75
10. Limitationen .....	76
Literaturverzeichnis.....	78
Abbildungsverzeichnis .....	90
Tabellenverzeichnis .....	90
Abkürzungsverzeichnis .....	91

Wortzahl.....	92
Danksagung.....	92
Eigenständigkeitserklärung .....	92
Anhang .....	93
Anhang A: Protokoll der Literaturrecherche.....	93
Anhang B: Das Calgary-Familien-Assessment-Modell der familienzentrierten Pflege..	108
Anhang C: Zusammenfassungen und Würdigungen im AICA Raster .....	109
Anhang C1: Barry et al. (2012) .....	109
Anhang C2: Burns & McIlfatrick. (2015a).....	114
Anhang C3: De Witt Jansen et al. (2017) .....	119
Anhang C4: De Witt Jansen et al. (2018) .....	126
Anhang C5: Manias et al. (2011) .....	132
Anhang C6: Monroe et al. (2015).....	137
Anhang C7: Neville et al. (2006) .....	143
Anhang C8: Palm et al. (2017) .....	147
Anhang C9: Rodriguez et al. (2018) .....	151
Anhang C10: Zwakhalen et al. (2007) .....	155
Anhang C11: Zwakhalen et al. (2018) .....	159

## **Abstract**

### **Darstellung des Themas**

2017 waren in der Schweiz schätzungsweise 148'000 Menschen von einer Demenz betroffen. Es kann angenommen werden, dass sich die Anzahl Personen mit einer Demenz bis ins Jahr 2040 verdoppelt. Etwa die Hälfte der Menschen mit einer Demenz leidet regelmässig unter Schmerzen. Besonders im fortgeschrittenen Krankheitsstadium werden Schmerzen bei Betroffenen durch das Pflegepersonal ungenügend erfasst.

### **Fragestellung**

Welche Voraussetzungen müssen bei der Durchführung eines Schmerzassessments gegeben sein, damit Schmerzen, bei Menschen mit einer mittelgradigen bis schweren Demenz, im Langzeitbereich, durch Pflegepersonen valide erfasst werden?

### **Methode**

Aus einer Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed und CINAHL sowie einer Recherche nach dem Schneeballsystem, resultierten fünf quantitative, drei qualitative und drei mixed-methods Studien.

### **Ergebnisse**

Wissensdefizite des Pflegepersonals wurden aufgezeigt und der Wunsch nach Schulungen mehrfach genannt. Die Kommunikation im Team wurde als wichtig eingeschätzt. Richtlinien und Standards durch die Institutionen werden gewünscht. Die Beziehung zu den Betroffenen und der Einbezug der Angehörigen haben einen wesentlichen Einfluss auf das Schmerzassessment.

### **Schlussfolgerung**

Grundvoraussetzung für ein valides Schmerzassessment sind Schulungen. Zudem spielen die Kommunikation im Team, die Umsetzung von Richtlinien, die Beziehung zu den Betroffenen und der Einbezug der Angehörigen eine wichtige Rolle im Schmerzassessment bei Betroffenen von Demenz.

### **Keywords**

Pain assessment, dementia, nurse, long-term care

## 1. Einleitung

Weltweit leben, laut dem World Alzheimer Report, 47 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind (Prince, Comas-Herrera, Knapp, Guerchet & Karagiannidou, 2016). Es wird erwartet, dass die Anzahl Betroffener bis ins Jahr 2050 auf 131 Millionen Demenzerkrankte steigen wird (Prince et al., 2016). Schweizweit waren im Jahr 2017 schätzungsweise 148'000 Menschen von einer Form der Demenz betroffen. Jährlich erkrankten 28'100 Menschen neu an einer Demenz. Durch die demografische Entwicklung dürfte sich die Anzahl der Betroffenen auch in der Schweiz bis ins Jahr 2040 verdoppeln (Alzheimer Schweiz, 2018).

Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, steigt mit dem Alter. Bei den 65- bis 69-jährigen ist jede fünfzigste Person an Demenz erkrankt, in der Altersgruppe der 80- bis 84-jährigen bereits jede achte Person (Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), 2016). Frauen sind häufiger von der Krankheit betroffen als Männer (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS), 2018). In Schweizer Alters- und Pflegeheimen ist laut Schweizerischer Alzheimervereinigung (2014b), bei 64 % der Bewohnerinnen und Bewohnern eine Demenz diagnostiziert oder es besteht ein Verdacht darauf. Diese epidemiologischen Zahlen zeigen auf, wie aktuell das Thema Demenz im Pflegealltag bereits ist und wie bedeutend es in Zukunft sein wird.

Die wegen der Demenzerkrankung fortschreitende Abnahme, die Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig auszuführen und der Verlust der kognitiven Fähigkeiten, fordern Pflegepersonen heraus (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014b).

Zusätzlich leidet etwa die Hälfte der Menschen mit einer Demenz regelmässig an Schmerzen (Buchholz, Feng & Kohlmann, 2016). Darunter fallen vor allem Betroffene mit einer schweren bis mittelschweren Demenz (Miró et al., 2007). Besonders bei einem fortgeschrittenen Krankheitsverlauf, können demenzkranke Personen ihre Schmerzen verbal nicht mehr adäquat äussern (Müller, 2010; Scherder et al., 2005). Sie empfinden Schmerzen, können aber aufgrund der kognitiven Defizite keine genauen Angaben dazu äussern. Es ist bewiesen, dass Menschen mit Demenz dem Pflegefachpersonal Schmerzen weniger regelmässig mitteilen als Menschen ohne Demenz (Monroe et al., 2013), was ein professionelles Schmerzassessment herausfordernd macht (Schwermann & Münch, 2008). Es ist die Aufgabe der Pflegefachpersonen, bei Menschen mit Demenz, Schmerzen mittels Anamnesegesprächen und spezifischen

Schmerzassessmentinstrumenten (SAI) richtig einzuschätzen. Zusätzlich wirken sie bei der Schmerztherapie und deren Überwachung mit (Werner, 2017). Unterstützt werden sie dabei durch das Rapportieren von Verhaltensbeobachtungen der Pflegeassistentinnen und -assistenten (PAs) (De Witt Jansen et al., 2017) und der Fachpersonen Gesundheit (FaGes).

Akute Schmerzen dienen oft als Warnsignal für Schädigungen oder Veränderungen im Körper (Nobis & Rolke, 2012). Es besteht jedoch immer die Gefahr, dass vorhandene Schmerzen nicht erkannt werden und diese deshalb unbehandelt bleiben (Müller & Randzio, 2010), was zu Komplikationen führen kann (Roth & Roth-Brons, 2014). Studien beschreiben, dass Schmerzen bei demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen weniger häufig mit Schmerzmitteln behandelt werden als bei Bewohnerinnen und Bewohnern ohne Demenz (Horgas & Tsai, 1998; Reynolds, Hanson, DeVellis, Henderson & Steinhäuser, 2008; Shega, Hougham, Stocking, Cox-Hayley & Sachs, 2006). Weiter können akute Schmerzen zu chronischen Schmerzen werden (Nobis & Rolke, 2012) und einen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit haben. Sie können die Mobilität, die Atmung, den Schlaf, den Appetit sowie die Alltagskompetenzen eines Menschen beeinträchtigen (Burns & McIlpatrick, 2015a; Schäfer, 2005; Schrimpf, 2017) und zu Ängsten, Delirien, Depressionen sowie sozialer Isolation führen (De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlpatrick, 2015b). Laut Ahn und Horgas (2013) können Schmerzen Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen und Agitation hervorrufen oder Abwehrverhalten auslösen (Kojer, 2009). Solche Verhaltensweisen sowie Mimik, Gestik oder verbale Äusserungen von Menschen mit einer Demenz sind evidenzbasiert einzuschätzen, statt persönlich zu werten (Zinkanel, 2013).

Obwohl demenzerkrankte Personen Schmerzen nicht immer äussern können, bedeutet dies nicht, dass sie keine Schmerzen empfinden. Geeignete SAI sind anzuwenden, damit eine wirksame Schmerztherapie durchgeführt werden kann. Schmerzen von Menschen mit einer Demenz können so gelindert werden und das damit verbundene Leid nimmt ab (Zinkanel, 2013).

Grundvoraussetzung für eine gute Schmerztherapie ist das Erkennen und Bewerten von Schmerzen durch geeignete Schmerzassessments, in Kombination mit standardisierten SAI. Obwohl aktuelle Reviews bestätigen, dass in den letzten Jahren verschiedene beobachtungs-basierte Schmerzassessmentinstrumente (bSAI) für Menschen mit

Demenz entwickelt und bereits auf ihre Güte geprüft wurden (Herr, Bjoro & Decker, 2006; Neville & Ostini, 2014; Rostad, Utne, Grov, Puts & Halvorsrud, 2017; De Juan Pardo, Saracibar-Razquin, Crespo & Fuster Linares, 2018), ist ihre Anwendung in der Praxis rar (Zwakhalen et al., 2018). Aus diesem Grund beschäftigt sich diese Bachelorarbeit mit der im folgenden Kapitel beschriebenen Fragestellung.

### **1.1. Fragestellung der Arbeit**

Die Arbeit befasst sich mit der folgenden Fragestellung: "Welche Voraussetzungen müssen bei der Durchführung eines Schmerzassessments gegeben sein, damit Schmerzen, bei Menschen mit einer mittelgradigen bis schweren Demenz, im Langzeitbereich durch Pflegepersonen valide erfasst werden?"

### **1.2. Ziel der Arbeit**

Mit dieser Bachelorarbeit soll herausgefunden werden, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit Schmerzen bei Menschen mit einer mittelgradigen bis schweren Demenz in der Praxis erkannt werden. Daraus sollen evidenzbasierte Empfehlungen für die Praxis aufgestellt werden, welche Pflegepersonen im Langzeitbereich bei der Schmerzerfassung der beschriebenen Zielgruppe unterstützen und zu einer nachhaltigen Schmerzbehandlung führen. Ausserdem sollen Empfehlungen für die Langzeitinstitutionen und die weiterführende Forschung formuliert werden.



## **2. Theoretischer Hintergrund**

Zum besseren Verständnis dieser Arbeit und deren Thematik beinhaltet das folgende Kapitel zentrale Begriffe sowie theoretische Hintergrundinformationen.

### **2.1. Demenz**

Unter dem Begriff Demenz (lateinisch dementia = ohne Geist) wird der chronisch progrediente Verlust der kognitiven, emotionalen und sozialen Fähigkeiten verstanden (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, 2019).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2015) definiert die Demenzerkrankung in Anlehnung an die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD-10) der «World Health Organization» (WHO) folgendermassen:

Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschliesslich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefässerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen. (S.3)

Der Schweregrad, respektive der Krankheitsverlauf einer Demenz, wird in drei Stadien unterteilt: In ein leichtes Stadium, ein mittelschweres Stadium und ein schweres Stadium (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a). Die Stadien und die damit einhergehenden Einschränkungen werden in der untenstehenden Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1

*Demenzstadien*

	Leichtes Stadium	Mittleres Stadium	Schweres Stadium
Kognitive Beeinträchtigung	Komplexe Aufgaben sind nicht mehr ausführbar (Hornich, 2013) (z. B. Formulare ausfüllen, Bedienung von technischen Geräten), Kurzzeitgedächtnis ist beeinträchtigt (Dr. Palm'sche Apotheke, 2019)	Einfache Tätigkeiten sind nur noch teilweise möglich (z. B. Körperpflege, da Gegenstände nicht mehr erkannt und zweckgemäss angewendet werden können) (Hornich, 2013), Langzeitgedächtnis nimmt langsam ab (ANW-ALTER-nativ Wohnen (ANW-Wohnen), n. d.)	Einfachste alltägliche Handlungen sind nicht mehr möglich (z. B. Essen, Trinken, Gehen, Kontrolle der Ausscheidung) (Hornich, 2013), totaler Gedächtniszerfall (ANW-Wohnen, n. d.)
Kommunikation	Wortfindungsstörungen, Gegenstände werden umschrieben, unvollständige Sätze werden gebildet (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a)	Schwierigkeiten beim Sprachverständnis, sprachliche Ausdrucksweise wird immer mehr erschwert (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a)	Kommunikation durch einzelne Worte und Laute, eventuell vollständiges Verstummen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a)
Lebensführung, Unterstützungsbedarf	Selbstständige Lebensführung möglich, leichte Unterstützung nötig (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a)	Keine selbstständige Lebensführung mehr möglich, Benötigung von Hilfeleistung und Unterstützung, jedoch keine ständige Betreuung nötig (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a)	Keine selbstständige Lebensführung mehr möglich, dauerhafte Beaufsichtigung und Betreuung nötig (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014a)

## **2.2. Demenzformen**

Es gibt diverse Demenzformen, wobei im Allgemeinen in primäre und sekundäre Demenzen eingeteilt wird. Primäre Demenzen entstehen in 90 Prozent der Fälle durch eine direkte Hirnschädigung. Zu den häufigsten primären Demenzformen zählen die Alzheimer-Krankheit (50 %) und die vaskuläre Demenz (20 %) (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010). Die Alzheimer-Krankheit ist eine degenerative, zerebrale Krankheit mit chronisch progredientem Verlauf und unbekannter Ursache (Schilder & Philipp-Metzen, 2018). Die vaskuläre Demenz entsteht meist im höheren Lebensalter durch eine Infarzierung des Gehirns, als Folge einer vaskulären Erkrankung (WHO, 1992). Sekundäre Formen sind Demenzerkrankungen, bei denen der geistige Verfall die Konsequenz einer anderen organischen Erkrankung (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose) ist (Falk, 2015). Bei den sekundären Demenzen besteht im Unterschied zu den primären Demenzen eine Chance auf Heilung (VOLKSHILFE Österreich, n. d.). Eine genaue Einteilung der Demenzformen ist in der Abbildung 1 ersichtlich.

Zusätzlich wird zwischen Demenz mit frühem Beginn und Demenz mit spätem Beginn unterschieden. Die Demenz mit frühem Beginn entsteht vor dem 65. Lebensjahr und hat eine rasante Verschlechterung des Zustandes zur Folge. Hingegen ist die späte Demenz langsam progredient und beginnt ab dem 65. Lebensjahr (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 2015).

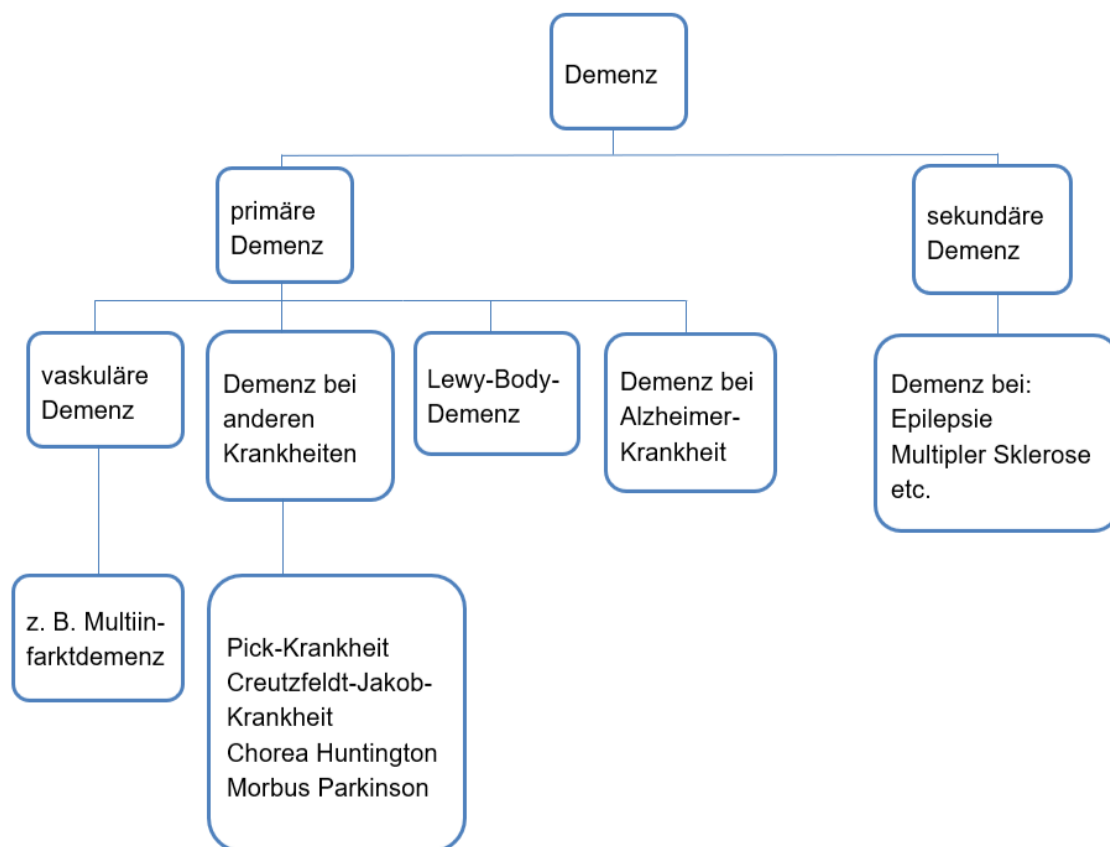


Abbildung 1. Formen der Demenz angepasst nach Falk (2015)

### 2.3. Schmerz

Die Weltschmerzorganisation «International Association for the Study of Pain» (IASP) definiert Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird (Merskey & Bogduk, 1994). Akute Schmerzen gelten als Warnzeichen, sie sind zeitlich begrenzt und halten nicht länger als sechs Monate an. Sobald die Schmerzen länger als sechs Monate anhalten, spricht man von chronischen Schmerzen, welche keine Melde-, Schutz- oder Heilfunktion haben (Häusermann, 2018). Schmerzen haben einen Einfluss auf das physische, psychische und soziale Wohlbefinden und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen und ihren Angehörigen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2011).

## **2.4. Schmerzassessment und -management**

Das Schmerzmanagement ist ein umfassender, multidisziplinärer Prozess, in dem die Schmerzen einer Bewohnerin oder eines Bewohners erkannt und durch medikamentöse und nichtmedikamentöse Massnahmen behandelt werden sollen (DNQP, 2011). Zur Schmerzerkennung werden Schmerzassessments angewendet. Der Begriff Assessment stammt aus dem Englischen (dt.: Erhebung, Beurteilung, Einschätzung) und steht in dieser Arbeit für die systematische Einschätzung und Beurteilung von Schmerzen (Thieme, 2015) unter Einbezug der Schmerzanamnese, der momentanen Schmerzsituation und der Vorgeschichte der Bewohnerinnen und Bewohner sowie der standardisierten Messung der Schmerzintensität mit Hilfe von SAI (DNQP, 2011). Durch die Anwendung von Schmerzassessments, respektive SAI wird der Schmerz einer Person interpretierbar (DNQP, 2011).

Für das Schmerzassessment gibt es Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumente. Grundsätzlich gilt für die Einschätzung von Schmerzen die Anwendung von Selbsteinschätzungsinstrumenten als Goldstandard. Betroffene können so die Intensität ihres subjektiven Schmerzempfindens in eindeutiger und nachvollziehbarer Form wiedergeben. Bei kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern können Selbsteinschätzungsinstrumente jedoch nur solange eingesetzt werden, wie sich die befragte Person adäquat dazu äussern kann (Schwermann & Münch, 2008).

Ist die Fähigkeit zur Selbstauskunft beeinträchtigt, kommen Fremdeinschätzungsinstrumente zur Anwendung. Diese SAI beruhen auf der Beobachtung von verbalen, nonverbalen und verhaltensbezogenen Kriterien, die alle Anzeichen für Schmerzen sein können. Dies macht Schmerzassessments auch bei kognitiv schwer beeinträchtigten Menschen möglich. Trotzdem gilt immer: Äussert eine kognitiv beeinträchtigte Person Schmerzen, dürfen diese auf keinen Fall in Frage gestellt werden (Schwermann & Münch, 2008).

In der folgenden Tabelle 2 werden Beispiele von Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten aufgelistet (Kretzschmer, 2014).

Tabelle 2

*Beispiele von Assessmentinstrumenten*

Art	Instrumentenname
Selbsteinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numerische Ratingskala (NRS)</li> <li>• Verbale Ratingskala (VRS)</li> <li>• Visuelle Analogskala (VAS)</li> <li>• Gesichter Ratingskala (GRS)</li> </ul>
Fremdeinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD) → Englische Version: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)</li> <li>• Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD) → Französische Version: Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA)</li> <li>• Abbey Skala (keine deutsche Übersetzung vorhanden und daher nicht übertragbar)</li> </ul>

## 2.5. Validität/valide

Die Gültigkeit oder die Brauchbarkeit einer Messung wird als Validität bezeichnet. Sie bestimmt, ob ein Verfahren die passenden Resultate zu einer Fragestellung erhebt (Fritz, 2009).

## 2.6. Langzeitbereich

In dieser Bachelorarbeit wird der Begriff Langzeitbereich für Alters- und Pflegeheime, für die Spitex und die Gerontopsychiatrie verwendet. In Alters- und Pflegeheimen leben mehrheitlich ältere Menschen, die eine Langzeitpflege benötigen (Bundesamt für Statistik, n. d.). Einige Langzeiteinrichtungen verfügen über Stationen mit einer Gerontopsychiatrie, auf denen ältere Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern oder einer Demenz leben. Die Gerontopsychiatrie wird in dieser Arbeit als einziges psychiatrisches Setting zum Langzeitbereich gezählt, da das Krankheitsbild der Demenz

dort vertreten ist (Charlottenhof Wohn- & Pflegeheime, n. d.). Die Spitex gehört ebenfalls zum Langzeitbereich, da sie die Langzeitpflege bei Menschen übernimmt, die noch in ihrem häuslichen Umfeld leben (Spitex Schweiz, n. d.).

## **2.7. Pflegepersonen**

Wird in der Bachelorarbeit von Pflegepersonen gesprochen, sind Pflegefachpersonen, FaGes und PAs gemeint. Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie andere medizinische Berufsgruppen gehören dem Pflorgeteam nicht direkt an und werden in der Begrifflichkeit "Pflegepersonen" deshalb nicht eingeschlossen.

## **2.8. Das Evidence-based Nursing Modell (EBNM)**

Das evidenzbasierte Pflegemodell von Rycroft-Malone et al. (2004), welches in der Abbildung 2 dargestellt wird, setzt sich aus vier Komponenten zusammen. Dazu gehören die Forschungsperspektive, die reflektierte Praxiserfahrung, die Umgebungsbedingungen und Ziele sowie die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten. Diese vier Wissensquellen unterstützen eine problem- und handlungsorientierte Entscheidungsfindung bei konkreten Praxissituationen. Es ist eine Denk- und Arbeitsweise, die auf der Annahme aufbaut, dass effektive Pflege nur erreicht werden kann, wenn verschiedene Quellen von Evidenz genutzt werden. Die vier genannten Faktoren beeinflussen daher im Endeffekt die pflegerischen Entscheidungen und fassen die wissenschaftlichen und intuitiven Herangehensweisen zusammen. So kann die Pflegepraxis verbessert und eine pflegerisch hervorragende Betreuung gewährleistet werden.

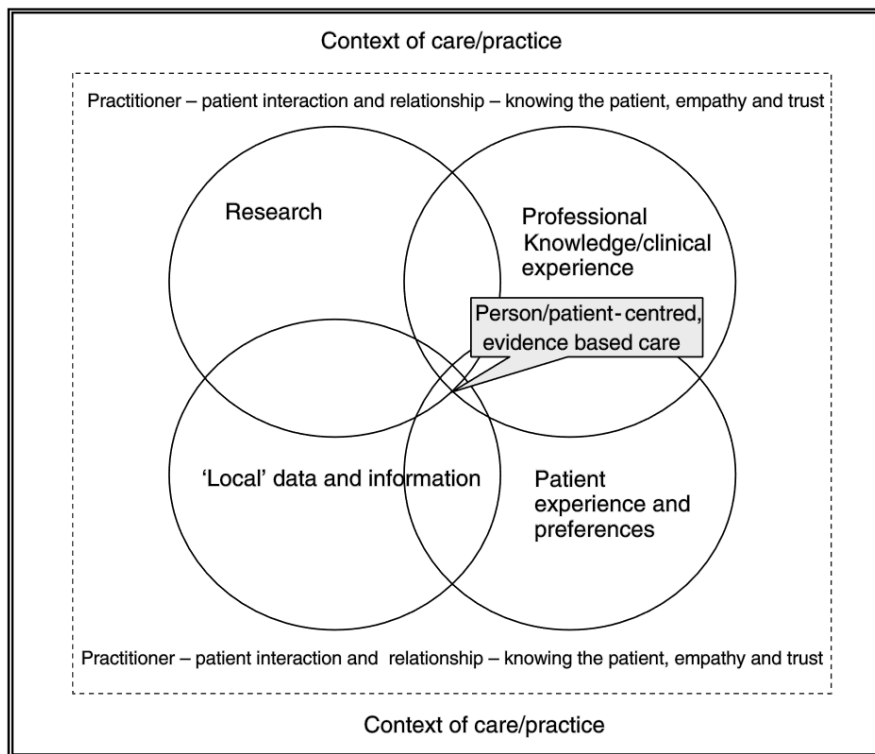


Abbildung 2. Evidenzbasiertes Pflegemodell von Rycroft-Malone et al. (2004)



### **3. Methodik**

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie die Literaturrecherche durchgeführt wurde. Ausserdem werden die Instrumente zur kritischen Beurteilung der Studien vorgestellt.

#### **3.1. Literaturrecherche**

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde zwischen Juli und Dezember 2018 eine Literaturrecherche in den pflegerelevanten Datenbanken PubMed und CINAHL Complete durchgeführt. MEDLINE ist die Hauptkomponente der Datenbank PubMed, welche Referenzen von Artikeln sowie Konferenzberichte aus dem Gesundheitswesen enthält. Über die Datenbank CINAHL Complete sind englischsprachige Pflegezeitschriften sowie Zeitschriften aus weiteren Berufsfeldern im Gesundheitswesen zugänglich (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, n. d.). Bei der Datenbankrecherche wurden die, in Tabelle 3, aufgezeigten Keywords verwendet.

Tabelle 3

*Keywords zur Studiensuche*

Elemente der Fragestellung	Keywords	
	deutsch	englisch
Phänomen	Schmerzen, Schmerzerfassung, SAI, Pflegeassessment, Voraussetzung, Umsetzung, Gebrauch, Anwendung, Applikation, Transfer, Erkennung, Fähigkeiten, Barrieren, Wissen, Fähigkeiten	pain, soreness, ache, assessment, pain assessment, pain assessment tool, nursing assessment, condition, requirement, implementation, usage, use, application, transfer, realization, detection, exertion, barriers, knowledge, skills
Population	Demenz, kognitiv eingeschränkt, Pflegefachpersonen, Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger	dementia, cognitively impaired, nurse
Setting	Krankenpflege, Langzeitpflege	nursing, long-term care

Die Literaturrecherche in den Datenbanken ergab eine begrenzte Anzahl an passenden Treffern (n=45). Die gefundenen Treffer haben sich ausserdem wiederholt, weshalb mit dem Schneeballsystem weitergesucht wurde, was bedeutet, dass, bei bereits gefundenen Studien im Literaturverzeichnis, nach weiteren passenden Studien oder Autorinnen und Autoren gesucht wurde (Pieruschka, n. d.). Die Dokumentation der Literaturrecherche ist im Anhang A ersichtlich.

Die Keywords wurden mit den Bool'schen Operatoren AND und OR verknüpft - die Trunkierung (\*) und die Phrasensuche («») wurden angewendet. Als Limit wurde das Jahr 2003 definiert, damit die Studien, aus Gründen der Aktualität, nicht älter als 15 Jahre sind. Ausserdem wurde die Suche mit dem Term «Humans» limitiert, damit die Studien direkt auf Bewohnerinnen und Bewohner sowie das Pflegepersonal anwendbar

waren. Damit die ausgewählten Studien korrekt verstanden werden, wurden, als weiteres Limit, nur Studien in deutscher und englischer Fassung zugelassen. Das Alter der Betroffenen wurde nicht spezifisch limitiert, da die Demenz als Krankheit im Vordergrund der Fragestellung steht und nicht das individuelle Alter der Betroffenen. Reviews wurden ausgeschlossen, damit Studien, die auf solchen basieren, trotzdem verwendet werden konnten.

Zur Bearbeitung des theoretischen Hintergrundes wurde ausserdem eine Recherche in Büchern und im Internet durchgeführt.

### 3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Treffer wurden zunächst anhand der Titel nach ihrer Relevanz beurteilt. War der Titel zutreffend, wurde das Abstract gelesen. Die Ein- und Ausschlusskriterien, welche in Tabelle 4 aufgelistet sind, bestimmten, ob die Studie ausgeschlossen oder vollständig gelesen wurde.

Tabelle 4

*Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langzeitbereich, Spitex, Gerontopsychiatrie</li> <li>• Personen mit mittelgradiger bis schwerer Demenz</li> <li>• Pflegepersonal</li> <li>• Studien aus Europa, Nordamerika, Australien, Neuseeland</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutspital, Tagesklinik, Ambulatorium, andere psychiatrische Settings</li> <li>• Menschen mit leichter Demenz oder ohne kognitive Einschränkungen</li> <li>• Angehörige, medizinische Berufsgruppen, welche nicht dem Pflegepersonal angehören</li> <li>• Studien aus Südamerika, Afrika und Asien</li> </ul>

Für diese Arbeit wurden nur Studien aus dem Langzeitbereich, der Spitex und der Gerontopsychiatrie eingeschlossen, da dort die Betreuungszeit der Betroffenen in der Regel länger ist als im Akutspital, in der Tagesklinik, im Ambulatorium oder anderen

psychiatrischen Settings. Dadurch wird eine längere Beobachtungszeit der Betroffenen gewährleistet, wodurch Schmerzassessments kontinuierlicher angewendet werden können und somit an Aussagekraft gewinnen.

Es wurden nur Menschen mit mittelgradiger bis schwerer Demenz eingeschlossen, da Betroffene ihre Schmerzen in diesen Stadien nicht mehr adäquat angeben können.

Bewohnerinnen und Bewohner mit leichter Demenz sind oft noch in der Lage, genaue Angaben bezüglich ihrer Schmerzen zu machen, wodurch die Schmerzerfassung für das Pflegepersonal einfacher ist und keine speziellen Voraussetzungen gegeben sein müssen (Lints-Martindale, Hadjistavropoulos, Barber & Gibson, 2007).

Die Studien sollen sich auf die Aussagen und Erfahrungen des Pflegepersonals stützen. Berichte von Angehörigen werden ausgeschlossen, da diese in ein neues Themengebiet gehören und damit die Arbeit zu weit ausdehnen würden. Andere medizinische Berufsgruppen werden ebenfalls ausgeschlossen, da diese Arbeit auf die Berufsgruppe der Pflege ausgerichtet ist.

Studien aus Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland sind am besten auf das schweizerische Gesundheitssystem übertragbar, da diese Länder einen vergleichbaren kulturellen Hintergrund sowie ähnliche medizinische Möglichkeiten und Gesundheitsstandards aufweisen.

In der Abbildung 3 ist die Literaturrecherche in einem Flussdiagramm dargestellt.

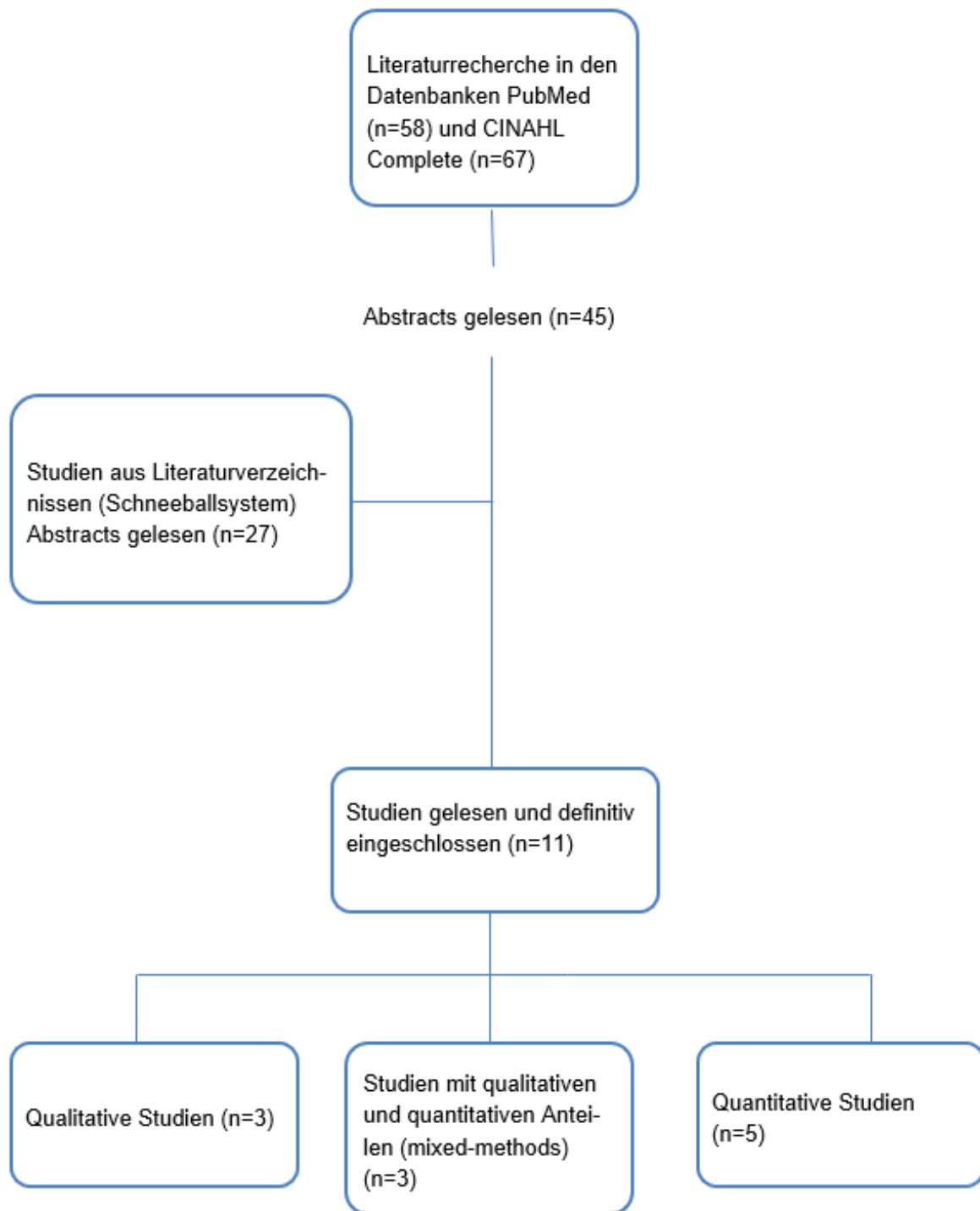


Abbildung 3. Flussdiagramm zur Literaturrecherche

### 3.3. Instrumente zur kritischen Beurteilung

Die Literatur wurde gemäss den Leitfragen des Arbeitsinstrumentes für ein «Critical Appraisal eines Forschungsartikels» (AICA), nach Ris und Preusse-Bleuler (2015), zusammengefasst. Die kritischen Würdigungen wurden mit Hilfe der Bücher für die Pflegeforschung von LoBiondo-Wood und Haber (2005), Mayer (2002) und Mayer (2011), bearbeitet.

Die Güte der quantitativen Studien wurde mittels der Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität, nach Bartholomeyczik, Linhart und Mayer (2008), bewertet. Die Güte der qualitativen Studien wurde anhand der Gütekriterien Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit, nach Lincoln und Guba (1985), beurteilt. Das Evidenzlevel der Studien wurde entsprechend der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt, welche in der Abbildung 4 dargestellt ist. Sie beginnt mit der Stufe 1 (Systems) und endet mit der Stufe 6 (Studies). Die Evidenz sinkt von Stufe 1 zu Stufe 6 (Santangelo, Novosel, Cook & Gapsis, 2015). Basierend auf dem evidenzbasierten Pflegemodell von Rycroft-Malone et al. (2004), wurde eine zentrale Intervention nach ihrer Brauchbarkeit in der Pflegepraxis diskutiert.

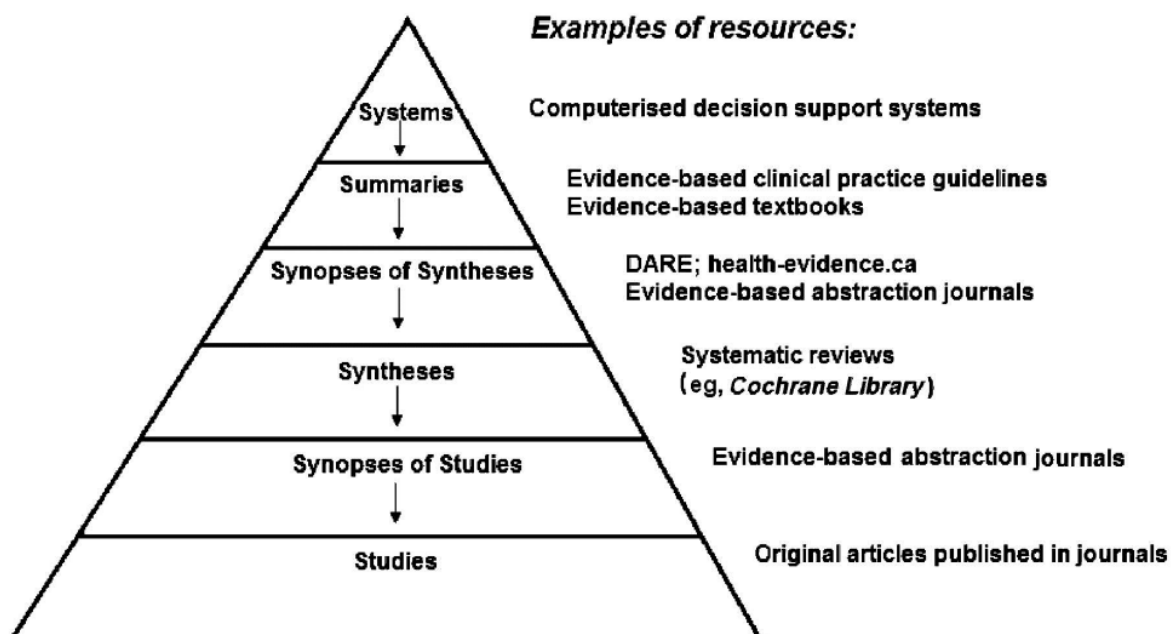


Abbildung 4. 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) zur Beurteilung des Evidenzlevels

## 4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der elf Studien vorgestellt und kritisch gewürdigt. Die einzelnen Studien werden in der Tabelle 5 vorgestellt und die zentralen Erkenntnisse aufgelistet. Ausserdem werden ihre Evidenzlevel anhand der 6S Pyramide eingeschätzt (DiCenso et al., 2009). Die detaillierten Zusammenfassungen und Würdigungen befinden sich im Anhang C in Form von AICA Rastern. Die Studien sind alphabetisch nach Autorinnen und Autoren geordnet.

In den Ergebnissen werden lediglich solche Resultate aus den Studien aufgeführt, die für diese Arbeit relevant sind und durch das Pflegepersonal ermittelt werden konnten.

Nicht alle Studien entsprechen den Ein- und Ausschlusskriterien, wurden aber, aufgrund der geringen Studienlage, trotzdem eingeschlossen, da ihr Forschungsvorgehen als relevant und übertragbar eingeschätzt wurde. Die Studie von Manias, Gibson und Finch (2011) bezieht sich ausschliesslich auf Betroffene ohne kognitive Einschränkungen, zeigt jedoch beim Assessment Vorangehensweisen auf, die auch bei Menschen mit einer Demenz als relevant eingeschätzt werden können. Einige Studien begrenzten sich nicht nur auf den Langzeitbereich, sondern erhoben zum Teil gleichzeitig Daten aus mehreren Settings, was zur zusätzlichen Integration von Daten aus anderen Settings (z. B. dem Akutspital) führte. Diese Studien wurden trotzdem eingeschlossen, da die Pflege von Menschen mit Demenz in diesen unterschiedlichen Settings vergleichbar ist. Zudem sind Schmerzassessments nicht abhängig vom Setting, sondern vom Grad der kognitiven Einschränkung. Der Schweregrad der Demenz wird in den Studien nicht immer angegeben, wodurch nicht abschliessend gesagt werden kann, ob es sich tatsächlich um mittlere bis schwere Formen handelt.

## 4.1. Übersichtstabelle

Tabelle 5

### *Übersicht der verwendeten Studien*

Studie	Ansatz	Messverfahren/ Intervention	Stichprobe/Setting	Erkenntnisse	Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)
<b>An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia.</b>  Barry, H. E., Parsons, C., Passmore, A. P. & Hughes, C. M. (2012)  Nordirland	Mixed-methods	Fragebogen	96 Pflegeheime	Hindernisse für das Schmerzmanagement: Wissensdefizite des Pflegepersonals, Zeit- und Personalmangel sowie das Fehlen von standardisierten Vorgehensweisen  Bedarf an definierten Richtlinien  Bedarf an Schulungseinheiten für das Pflegepersonal	6
<b>Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting.</b>  Burns, M. & McIlfatrick, S. (2015a)	Mixed-methods	Fragebogen	17 Pflegeheime  96 registrierte Pflegefachpersonen	Viele Pflegefachpersonen nutzten spezifische SAI nicht standardmässig  Wissensdefizite der Pflegefachpersonen beim Gebrauch von SAI  Für Fortschritte im Schmerz-assessment und -management ist	6



Grossbritannien				<p>der Zugang zu SAI, Weiterbildungen und Richtlinien nötig</p> <p>Schulungen müssen flexibel aufgebaut sein (Vorträge, Studientage, Fernunterricht). Eruierte Themen: Schmerzmanagement bei Demenz am Lebensende und Verständnis der SAI</p> <p>Barrieren für Schmerzassessment und -management: Zeitmangel, Personalmangel, Arbeitsdruck, Mangel an interdisziplinärem Support und Kommunikation</p> <p>Körperliche Indikatoren und Verhaltensänderungen von Menschen mit Demenz, Familienangehörige und Rapporte sollen ins Schmerzassessment miteinbezogen werden</p>	
<b>Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study.</b>	Qualitativ	Einzelinterviews	<p>14 PAs</p> <p>Hospizdienst, Sekundärpflege, Pflegeheim, Akutpflege</p>	<p>Zusammenarbeit mit PAs und ihre Integration ins Team sind wichtig für das Schmerzassessment und -management bei Menschen mit Demenz</p> <p>Gute Kenntnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sind eine zentrale Grundlage für das Schmerzassessment</p>	6

De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., ... Watson, M. (2017)					Bei Menschen mit Demenz sollen Angehörige beim Assessment miteinbezogen werden	
Nordirland					Schulungen zur Förderung des Potenzials der PAs bezüglich Schmerzassessment bei Demenzerkrankungen, sollten durchgeführt werden	
<hr/>						
<b>„A tool doesn’t add anything“. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients in advanced dementia approaching end of life - a qualitative study of physician and nurses experiences and perspectives.</b>					Eine Minderheit wendete bSAI routinemässig an	
					Ganzheitlicher Ansatz wird empfohlen (Einbezug aller Begleitumstände beim Schmerzassessment)	
			24 Pflegefachpersonen		Empfehlung von regelmässigen bedürfnisorientierten Ausbildungen	
			23 Ärztinnen und Ärzte			
De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S., Morgan, S., ... Parsons, C. (2018)	Quantitativ	Fragebogen	Chirurgische Erstversorgung, Spital, Hospiz, Pflegeheim		Implementation: Praxisnahe, verständliche und begründete Einführung der Assessments, Vorteil des Assessments für die Praxis und die Betroffenen soll betont werden	6
Nordirland						

<b>Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people</b>  Manias, E., Gibson, S. J. & Finch, S. (2011)  Australien	Quantitativ	Schulung	34 Pflegefachpersonen  192 Patientinnen und Patienten  2 geriatrische Stationen in Ausbildungsspitalern	Eine strukturierte Instruktion und eine klinische Schulung für das Pflegepersonal verbessert die Schmerzsituation bei älteren Menschen	6
<b>Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia.</b>  Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015)  USA	Qualitativ	Fokusgruppen-interviews	29 Pflegefachpersonen  2 Langzeitpflegeeinrichtungen (1 städtisch, 1 ländlich)	Voraussetzungen für das Schmerzassessment sind: Fachkenntnisse und gute Kenntnisse der Betroffenen, Kommunikation mit der Familie und dem interdisziplinären Team  Anwendung spezifischer SAI wird empfohlen  Weiterentwicklung der spezifischen SAI ist nötig	6
<b>Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: A needs analysis.</b>  Neville, C., McCarthy, A., Laurent, K., Creedy, D. K. & Walker, R. (2006)	Quantitativ	Fragebogen	55 Pflegefachpersonen  120 PAs  19 FaGes  13 Pflegeheime	Es besteht ein Wissensdefizit beim Pflegepersonal bezüglich Schmerzmanagement  Es besteht ein Wunsch nach mehr Unterstützung durch die Institutionen	6

Australien					<p>Es gibt einen Mangel an zur Verfügung stehenden Expertinnen und Experten</p> <p>Es gibt viele Hindernisse, die das Absolvieren von Schulungen erschweren</p> <p>PAs erkennen Schmerzen bei Menschen mit Demenz eher als Pflegefachpersonen, jedoch leiten sie seltener eine Intervention ein</p>	
<p><b>Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen.</b></p> <p>Palm, R., Sirsch, E., Holle, B. &amp; Bartholomeyczik, S. (2017)</p> <p>Deutschland</p>	Quantitativ	Fragebogen	30 segregative Wohnbereiche (SWB) 45 integrative Wohnbereiche (IWB)		<p>Es hängt von der Wohnform und nicht von der Schwere der kognitiven Einschränkung ab, ob Fremd- oder Selbsteinschätzungsinstrumente angewendet werden</p> <p>Bildungsmassnahmen für das Pflegepersonal sind nötig</p> <p>Mehrere SAI müssen zur Verfügung stehen, damit auf die individuellen Ressourcen eingegangen werden kann</p>	6

<b>Developing a training for certified nursing assistants to recognize, communicate and document discomfort in residents with dementia.</b>  Rodriguez, V., Reinhardt, J. P., Spinner, R. & Blake, S. (2018)  USA	Quantitativ	Schulung	4 Pflegefachpersonen	Schulungen verbessern das Schmerzassessment und -management von PAs	6
			23 PAs		
			1 Pflegeleitung	Schulungen verbessern die Kommunikation zwischen PAs und Pflegefachpersonen	
			3 Sozialarbeiter/-innen		
			1 Entspannungstherapeut /-in	Visuelle Unterstützungshilfen sind ein vielversprechender Ansatz für Schulungen	
			Station mit 38 Betten (33 Frauen, 5 Männer)	Kontinuierliche Schulungen sind nicht einfach umzusetzen und erfordern viele Ressourcen	
<b>Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia.</b>  Zwakhalen, S. M., Hamers, J. P., Peijnenburg, R. H. & Berger, M. P. (2007)  Niederlande	Quantitativ	Fragebogen	123 Pflegefachpersonen und PAs	Beim Pflegepersonal sind Wissensdefizite bezüglich Schmerzmanagement vorhanden	6
			25 Doktoranden der Pflegewissenschaften	Das Problem von ungenügender Schmerzerfassung und -behandlung wird oft nicht erkannt, wodurch keine Schritte zur Verbesserung eingeleitet werden	
			20 Pflegefachpersonen in Ausbildung zu Schmerzspezialistinnen und -spezialisten	Ein reliables und valides SAI ist eine wichtige Voraussetzung für das Schmerzassessment, jedoch nicht der einzige relevante Faktor	
			2 Pflegeheime		

---

<b>Pain in older adults with dementia.</b>			810 Gesundheitsfachpersonen	Einführung von Richtlinien und Standards	
Zwakhalen, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allock, N. & Schofield P. (2018)	Mixed-methods	Fragebogen	206 arbeiteten in Spitälern, 127 in Langzeiteinrichtungen, 38 in der Erstversorgung, 439 gaben keine genaueren Angaben zu ihrem Arbeitssetting an	Durchführung von Schulungen, vor allem im Langzeitbereich  Klinische Anwendbarkeit der SAI verbessern	6
Österreich, Belgien, Dänemark, Deutschland, Niederlanden, Schweiz und Grossbritannien					

---

#### **4.2. An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia (Barry et al., 2012)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine mixed-methods-Studie. Es wurde ein Fragebogen für nordirische Pflegeheimleitungen zum Thema Schmerzen bei Menschen mit Demenz entwickelt. 96 Pflegeheime haben an der Studie teilgenommen, wovon 95.8 % Bewohnerinnen oder Bewohner mit Demenz betreuten.

Hindernisse für ein erfolgreiches Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz sind Wissensdefizite des Personals, das Fehlen von standardisierten Vorgehensweisen beim Schmerzmanagement sowie ein Zeit- und Personalmangel. 63.5 % der Befragten hatten bezüglich Schmerzen bei Demenz kürzlich keine Schulung erhalten. 57.3 % war der Meinung, dass sich das Schmerzmanagement zwischen Menschen mit und ohne kognitive Einschränkungen nicht unterscheidet. Die Teilnehmenden waren sich zudem unsicher, ob für kognitiv uneingeschränkte und kognitiv eingeschränkte Menschen die gleichen SAI angewendet werden können. Lediglich 60 % der Institutionen verwendeten Richtlinien für das Schmerzmanagement. Die Schmerzerfassung wird als schwierig empfunden, da es meist nicht möglich ist, von den Betroffenen selbst eine genaue Beschreibung der Schmerzen zu erhalten.

Die Studie zeigt, dass ein Bedarf an definierten Richtlinien und Schulungseinheiten für das Pflegepersonal besteht, da Schulungen einen positiven Effekt auf das Schmerzmanagement zu haben scheinen. Im Weiteren könnte es sein, dass die Schmerzproblematik beim Pflegepersonal nicht genügend präsent ist - unabhängig von ihrer Erfahrung und der Qualifikation - da viele fälschlicherweise davon ausgehen, dass die Betroffenen ihre Schmerzen verbal äussern. Zudem werden Verhaltensveränderungen oft nicht als Schmerzursache gedeutet, sondern es wird zum Beispiel von einem Infekt ausgegangen, anstatt von akuten Schmerzen.

##### **Kritische Würdigung**

Die Studie beantwortet eine praxisrelevante **Fragestellung**: Fehlt es bereits in der Pflegeleitung an Wissen und einer patientenzentrierten Haltung zum Thema Schmerzen bei Demenz, kann eine valide Schmerzerfassung durch das Team als

eher unwahrscheinlich eingeschätzt werden, da das notwendige Wissen nicht an das Pflegepersonal weitergeben werden kann. Zudem werden unter Umständen auch keine Weiterbildungen zum Thema angeboten, wenn die Pflegeleitung selbst nicht auf diese Thematik sensibilisiert ist. Der Forschungsbedarf wird logisch mit vorhandener Literatur aufgezeigt.

Das **Design** der Studie wird nicht genauer beschrieben. Vermutlich handelt es sich aber um eine Querschnittstudie, da sie nicht-experimentell ist und die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt einmalig untersucht wurden.

Die **Stichprobenziehung** ist angebracht, da die Studie randomisiert durchgeführt wurde. Die Teilnehmenden hätten durch den Fragebogen erahnen können, welches Themengebiet erforscht wird.

Die **Datenerhebung** ist nachvollziehbar und klar beschrieben, der Fragebogen wird jedoch nicht als Ganzes dargestellt. Die Teilnehmenden haben die Fragebögen vollständig ausgefüllt. Die Datensättigung wird nicht diskutiert und es ist nicht klar, wie stark der Fragebogen dem «Beliefs about Medicines Questionnaire» (BMQ) ähnelt.

Das **statistische Verfahren** des quantitativen Anteils wird genau beschrieben. Die Resultate der statistischen Tests werden jedoch nicht explizit dargestellt und sind daher nicht beurteilbar. Die statistischen Tests wurden sinnvoll eingesetzt und entsprechen den Datenniveaus der Variablen. Das **Signifikanzniveau** ist nicht definiert. Die Datenanalyse des qualitativen Anteils ist nur kurz beschrieben und daher nicht vollständig nachvollziehbar.

Die **Ergebnisse** sind präzise und nachvollziehbar. Die Forschungsfragen werden beantwortet. Die qualitativen Ergebnisse werden nicht zitiert, aber in den Text eingebaut. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen weisen einen Nutzen für die Praxis und die weitere Forschung auf.

In der Studie werden folgende **Limitationen** beschrieben: Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote (39.3 %) negativ beeinflusst sein. Der Fragebogen wurde nicht offiziell validiert, jedoch wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Der Fragebogen könnte nicht objektivierbar sein, da die Möglichkeit besteht, dass die Teilnehmenden ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen einfließen liessen. Der Chi-Quadrat-Test war aufgrund der kleinen Stichprobe schwierig anzuwenden, weshalb auf den exakten Test von Fisher ausgewichen wurde.



In Tabelle 6 ist die Beurteilung der Güte anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) dargestellt.

Tabelle 6

*Gütebeurteilung der Studie von Barry et al. (2012)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde ein identischer Fragebogen für alle erstellt</li> <li>• Die Forschenden nahmen keinen Einfluss auf die Ergebnisse</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Fragebogen wird nicht dargestellt</li> <li>• Die Antworten der Teilnehmenden könnten nach Wünschen und Vorstellungen angepasst worden sein</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Messinstrument ist klar definiert</li> <li>• Es herrscht eine genaue Beschreibung der quantitativen Datenanalyse vor</li> <li>• Die Reliabilität des Fragebogens wurde in der vorherigen Studie überprüft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entstehung des Messinstruments ist nicht vollständig klar</li> <li>• Die Reliabilität des Fragebogens wurde nicht überprüft</li> <li>• Es liegen keine vertieften Angaben zur qualitativen Datenanalyse vor</li> <li>• Die Ergebnisse der quantitativen Tests werden nicht dargestellt</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interne Validität ist gewährleistet</li> <li>• Die Validität des Fragebogens wurde in einer vorherigen Studie überprüft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Studiendesign ist nicht beschrieben</li> <li>• Eine mögliche Beeinflussung der externen Validität, durch die tiefe Antwortquote, könnte vorliegen</li> </ul>

#### **4.3. Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting (Burns & McIlfatrick, 2015a)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine mixed-methods Studie, welche die Absicht hatte, das Wissen und die Einstellungen von Pflegefachpersonen bezüglich Schmerzen bei Demenz sowie die Einflussfaktoren und Barrieren für das Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz in Pflegeheimen, zu untersuchen.

Dafür wurde ein Fragebogen von 32 Pflegefachpersonen aus verschiedenen Pflegeheimen in Grossbritannien ausgefüllt.

Die Pflegefachpersonen verfügen, gemäss Fragebogen, über einen überdurchschnittlichen Wissensstand zum Schmerzassessment und -management bei Menschen mit Demenz. Aber obwohl die Pflegefachpersonen über die Wichtigkeit des Schmerzassessments Bescheid wussten, nutzten sie die spezifischen SAI nicht standardmässig. Zudem konnten Wissensdefizite, zum Gebrauch von passenden SAI bei Demenz, ausgemacht werden.

Pflegefachpersonen mit einem Training im Bereich Schmerzen bei Menschen mit einer Demenz, wiesen signifikant bessere Kenntnisse auf als jene ohne Training ( $p=0.039$ ). Die Wichtigkeit, körperliche Indikatoren, Verhaltensveränderungen sowie Familien und Rapporte von den Pflegefachpersonen ins Schmerzassessment miteinzubeziehen, wurde erkannt.

Eine bessere Zugänglichkeit zu SAI in der Praxis, Schulungen über den praktischen Gebrauch der SAI und evidenzbasierte Richtlinien werden durch die Teilnehmenden der Studie gefordert. Als effektive Lernmethoden konnten Vorträge, Studientage und Fernunterricht eruiert werden. Geeignete Schulungsthemen sind: Schmerzmanagement bei Demenz am Lebensende, Vermittlung von Wissen zur optimalen Schmerzmittelwahl und besseres Verständnis der SAI.

Die Studie ermittelte, dass ein zu selten stattfindender interdisziplinärer Support und die fehlende Kommunikation, der Zeitmangel im Beruf sowie eine ungenügend grosse personelle Besetzung sowie die Medikationsverweigerungen, wegen einem, durch die Demenz, eingeschränkten Verständnis, Barrieren für ein effektives Schmerzmanagement darstellen können.

## Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine grundlegende **Frage** für die Praxis, da das Wissen und die Schulungen der Pflegefachpersonen zum Schmerzassessment überprüft werden. Dies sind wichtige Voraussetzungen für eine valide Schmerzerfassung.

Die Querschnittstudie als **Design** ist passend und nachvollziehbar, da die Studie einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt durchgeführt wurde.

Die **Stichprobengrösse** wird nicht begründet, aber als ausreichend beurteilt. Die Stichprobenziehung wurde nicht-probabilistisch durchgeführt.

Von 96 ausgehändigten Fragebögen wurden 32 ausgefüllt und konnten für die **Datenerhebung** verwendet werden. Die Fragebögen wurden erklärt und sind in Tabellen veranschaulicht. Es ist jedoch unklar, ob die Validität und die Reliabilität des Fragebogens gewährleistet sind, da der Fragenkatalog von einer früheren Studie übernommen und nicht getestet wurde.

Die Verfahren der quantitativen **Datenanalyse** werden beschrieben und passen zum Datenniveau. Die Analyse der qualitativen Anteile wird kurz beschrieben.

Es wird kein **Signifikanzniveau** festgelegt.

Die **Ergebnisse** sind präzise, ausführlich und vollständig diskutiert.

Als **Limitationen** wurden beschrieben, dass die Studie eine geringe Teilnahmequote aufwies und der verwendete Fragebogen nicht noch einmal geprüft wurde. Die Pflegefachpersonen könnten die Fragebögen nach ihren Wünschen und Vorstellungen ausgefüllt haben und nicht danach, wie sie tatsächlich handeln.

In der Tabelle 7 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 7

*Gütebeurteilung der Studie von Burns und McIlfrack (2015a)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alle Teilnehmenden füllten denselben Fragebogen aus</li><li>• Der Einfluss der Forschenden auf die Resultate ist unwahrscheinlich</li></ul>	

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Messinstrumente sind klar definiert</li> <li>• Die Datenanalyse wird genau beschrieben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Fragebogen wurde von einer vorherigen Studie übernommen und nicht nochmals überprüft</li> <li>• Die qualitative Datenerhebung wird nicht beschrieben</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Studiendesign ist beschrieben</li> <li>• Die interne Validität ist gewährleistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote beeinflusst sein</li> </ul>

---

#### **4.4. Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study (De Witt Jansen et al., 2017)**

##### **Zusammenfassung**

Das Ziel der qualitativen Studie war es, die Rolle von PAs, ihre Erfahrungen und Ansichten zum Assessment und Management von Schmerzen bei Menschen mit einer Demenz am Lebensende in der Akutpflege, Hospizen und Pflegeheimen, zu erfassen. 14 PAs aus Nordirland wurden dazu mittels Einzelinterviews befragt. Das Erkennen von Schmerzen aufgrund von Verhaltensveränderungen bei Menschen mit eingeschränkten Selbstäusserungsfähigkeiten ist ein Schlüsselpunkt in der Pflege. Laut den PAs ist die Beobachtungsgabe dabei grundlegend. Die Beobachtungsschwerpunkte der PAs bezüglich möglicher Schmerzen überschneiden sich mit jenen von standardisierten SAI. Um Schmerzen bei Menschen mit Demenz einzuschätzen und im Kontext zu betrachten, sind detaillierte Kenntnisse über die Bewohnerinnen und Bewohner nötig (z. B. zu Vorlieben, Gewohnheiten, Stimmungen, Launen, normalen Verhaltensweisen und körperlichen und kognitiven Fähigkeiten). Diese eignen sich die PAs durch den täglichen, engen Kontakt mit den Betroffenen an. Nur eine Minderheit fühlte sich zu wenig ausgebildet, um verhaltensbasierte und nonverbale Indikatoren von Schmerzen zu erkennen.

Trotzdem wurden Weiterbildungsmöglichkeiten gewünscht. Die Meinung der Mehrheit war, dass ein hoher Pflegestandard vom Wissen, den Fähigkeiten und dem Können vom Gesundheitspersonal abhängig ist, welches oft mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenarbeitet.

Als herausfordernd wird das Schmerzassessment bei unbekannten Bewohnerinnen und Bewohnern beschrieben. In diesem Fall werden Informationen zu Verhaltensweisen aus Übergaberapporten und von Angehörigen bezogen. Nicht aussagekräftiges Rapportieren von Schmerzen, aufgrund schlechter Beziehungen im Team, ist ein Hindernis für die Schmerzerkennung und -behandlung. Um dies zu umgehen, ist es wichtig, PAs ins Team zu integrieren. Ihr Wissen ist ein Profit für interdisziplinäre Besprechungen.

Die Studie zeigt, dass die Zusammenarbeit mit PAs und ihre Integration ins Team wichtig sind, für das Schmerzassessment und -management bei Menschen mit einer Demenz. Stigmas gegenüber PAs sollen bekämpft werden. Schulungen und Trainings von PAs werden empfohlen, um ihr Potenzial zu fördern und somit das Schmerzassessment zu verbessern.

### **Kritische Würdigung**

Die Studie befasst sich mit einer praxisrelevanten **Fragestellung**. Das Schmerzassessment gewinnt durch den Beitrag der PAs an Qualität, indem sie ihre Einschätzungen zu den Betroffenen an die Pflegefachpersonen rapportieren. Der Forschungsbedarf wird logisch anhand von Literatur aufgezeigt.

Das **Design** der Studie wird nicht beschrieben - vermutlich handelt es sich aber um eine deskriptiv-explorative Übersichtsstudie, da umfangreiche Daten zu einem Phänomen erhoben wurden, die zur Verbesserung oder der Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden. Es handelt sich um ein nicht-experimentelles Forschungsdesign.

Die **Stichprobenziehung** ist nicht-probabilistisch und die Stichprobengröße wurde nicht begründet.

Die **Datenerhebung** ist nachvollziehbar und klar beschrieben. Einige Interviewfragen sind ersichtlich, der Fragekatalog wird jedoch nicht als Ganzes abgebildet. Alle Teilnehmenden wurden befragt, ob jedoch bei allen gleich vorgegangen wurde, ist nicht beschrieben. Die Datensättigung wird nicht diskutiert.

Unklar ist zudem, inwieweit die interviewende Person in der Gesprächsführung und qualitativen Forschung ausgebildet war.

Die **Datenanalyse** ist zwar beschrieben, um sie jedoch genau nachvollziehen zu können, wäre ein genauerer Beschrieb nötig.

Die **Ergebnisse** sind logisch in Unterthemen aufgeteilt, mit Zitaten hinterlegt, verständlich interpretiert und verhelfen so zu einem besseren Verständnis des Phänomens. Alle Forschungsziele wurden erreicht. Die Ergebnisse werden mit verschiedenen Studien zum Thema verglichen, wodurch ihre Signifikanz bestätigt wird. Die Relevanz der Ergebnisse für die Pflege wird diskutiert und umsetzbare Empfehlungen für die Praxis werden beschrieben.

Folgende **Limitationen** werden beschrieben: Durch die freiwillige Teilnahme könnten Personen mit Interessen in personenzentrierter Pflege stärker vertreten sein. In der Stichprobe gibt es keine grosse Variation, da alle Teilnehmenden über Netzwerke der «Project Management Group» (PMG) kontaktiert wurden. Die Akutspitäler und Hospize hatten Verbindungen zu Ausbildungsspitalern und zur Universität. Teilnehmende dieser Institutionen könnten besser über Schmerzen informiert sein, als solche ohne Verbindungen zu akademischen Ausbildungen oder der Forschung.

In Tabelle 8 ist die Beurteilung der Güte, nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985), ersichtlich.

Tabelle 8

*Gütebeurteilung der Studie von De Witt Jansen et al. (2017)*

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Glaubwürdigkeit	<ul style="list-style-type: none"><li>• Es ist nur teilweise Einsicht in den Fragebogen möglich</li><li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Es wurden keine Feldnotizen erstellt (Nonverbale Äusserungen wurden nicht miteinbezogen)</li><li>• Es wurde keine Diskussion zur Datensättigung geführt</li><li>• Die Ergebnisse wurden nicht mit den Teilnehmenden besprochen</li></ul>

Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Dokumentation der Datenanalyse durch Prüfpfade wurde vorgenommen</li> <li>• Eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse ist vorzufinden</li> <li>• Vermutlich hat dieselbe Person alle Daten erhoben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist unklar, ob die Forschenden im Bereich der qualitativen Forschung ausgebildet waren</li> </ul>
Bestätigbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Kategorien wurden direkt aus den Daten gebildet</li> <li>• Die Datenanalyse wurde durch andere Forschende/Mitautorinnen und Mitautoren verifiziert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt keine Deklaration, ob Interessenskonflikte vorliegen</li> <li>• Der Hintergrund und die Vorannahmen der Forschenden wurden nicht beschrieben</li> <li>• Es fand keine Begleitung durch eine externe Person statt</li> </ul>
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Ergebnisteil sind viele Zitate vorzufinden</li> <li>• Die Forschenden und Teilnehmenden kannten sich vor der Forschung nicht</li> </ul>	

---

#### **4.5. “A tool doesn’t add anything”. The importance of added value. Use of observational pain tools with patients in advanced dementia approaching end of life – a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives (De Witt Jansen et al., 2018)**

##### **Zusammenfassung**

Die qualitative Studie untersuchte, ob und wie Ärztinnen, Ärzte und das Pflegepersonal in chirurgischen Erstversorgungen, Spitälern, Hospizen und Pflegeheimen bSAI anwenden. Ansichten über die Durchführung der bSAI in der Praxis und über den Bildungsbedarf wurden gesammelt. Es wurden Einzelinterviews mit 47 Teilnehmenden (23 Ärztinnen und Ärzte, 24 Pflegefachpersonen) in nordirischen Einrichtungen durchgeführt. Alle Einrichtungen empfahlen die Anwendung von bSAI bei Menschen mit einer Demenz. Die Minderheit der Teilnehmenden (27.6 %) wendete bSAI routinemässig

bei Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase an. Verschiedene Einstellungen zu bSAI konnten ermittelt werden. Folgende positive Aspekte wurden durch die Teilnehmenden genannt: Schnelleres Erkennen von Schmerzen und Verstehen des Schmerzerlebens von Patientinnen und Patienten, bessere Kontinuität der Schmerzerfassung sowie eine genauere Dokumentation der Schmerzen. Folgende negative Punkte wurden genannt: Die Effizienz und Zuverlässigkeit der SAI wurde in Frage gestellt, die bSAI seien ungeeignet für diese Patientengruppe und die Instrumente könnten eingeschränkt sein.

34 der Teilnehmenden (72 %) nutzten keine bSAI bei Menschen mit einer Demenz in der letzten Lebensphase.

BSAI unter Einbezug aller Begleitumstände (Patienteninformationen, Angehörige, frühere und momentane Symptome usw.) werden in Leitfäden als ganzheitlicher Ansatz empfohlen.

Die Studie zeigte, dass bedürfnisorientierte, praxisnahe und abwechslungsreiche Schulungen für das medizinische Fachpersonal aus verschiedenen Settings nötig sind, um Fähigkeiten im Schmerzassessment und -management auszubauen. Die Schulungsleitung sollte eine Ärztin oder ein Arzt übernehmen. Die Implementation der bSAI sollte praxisnah, verständlich und begründet durchgeführt werden und die Vorteile für die Praxis sowie für die Betroffenen müssen für das Pflegepersonal klar ersichtlich sein, damit diese die SAI engagiert anwenden.

### **Kritische Würdigung**

Die Studie beantwortet eine praxisrelevante **Fragestellung**, da das Schmerzassessment im Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen liegt. Der Forschungsbedarf wird mit Literatur begründet.

Das **Design** der Studie wird nicht beschrieben, es handelt sich aber vermutlich um eine deskriptiv-explorative Übersichtsstudie, da umfangreiche Daten zu einem Phänomen erhoben wurden, die zu einer Verbesserung oder der Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden. Es handelte sich um ein nicht-experimentelles Forschungsdesign.

Die **Stichprobenziehung** wurde randomisiert durchgeführt und ist somit angebracht. Die Stichprobengröße wurde nicht diskutiert, aber eine Datensättigung wurde erreicht.



Die **Datenerhebung** ist kurz, aber nachvollziehbar erklärt. Der Interviewleitfaden ist einsehbar. Die Interviews wurden mit allen Teilnehmenden durchgeführt, es ist aber nicht nachvollziehbar, ob immer genau das gleiche Vorgehen gewählt wurde.

Unklar ist, inwiefern die interviewende Person im Bereich der Gesprächsführung und qualitativer Forschung ausgebildet war.

Die **Datenanalyse** wird beschrieben, die genauen analytischen Schritte aber nicht erklärt.

Die **Ergebnisse** wurden in drei stimmige Unterthemen aufgeteilt. Die Ergebnisse sind nicht mit Zitaten ergänzt, diese werden erst am Schluss in Form einer Tabelle aufgezeigt. Die Ergebnisse wurden einleuchtend interpretiert und führen so zu einem besseren Verständnis des Phänomens. Die Forschungsziele konnten erreicht werden. Die Ergebnisse der Studien wurden mit vorhandener Literatur verglichen. Die Relevanz für die Pflege wird diskutiert und umsetzbare Empfehlungen für die Praxis werden gemacht.

Als **Limitation** wird angegeben, dass Studieninteressierte, die gerne ihre Meinung teilen und wissenschaftlich aktive Teilnehmende in der Stichprobe verstärkt vertreten waren.

In Tabelle 9 ist die Beurteilung der Güte, nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985), ersichtlich.

Tabelle 9

*Gütebeurteilung der Studie von De Witt Jansen et al. (2018)*

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Glaubwürdigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Datensättigung wird diskutiert</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden keine Feldnotizen erstellt</li> <li>• Es fand keine Besprechung der Ergebnisse mit den Teilnehmenden statt</li> </ul>
Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Daten wurden durch die gleiche Person erhoben</li> <li>• Die Ergebnisse wurden übersichtlich dargestellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist keine Dokumentation einzelner Schritte der Datenanalyse vorzufinden</li> </ul>

Bestätigbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Teil der Datenanalyse wurde durch andere Forschende/Mitautorinnen und Mitautoren verifiziert</li> <li>• Die Kategorien wurden direkt aus den Daten gebildet</li> <li>• Es wurde deklariert, dass keine Interessenskonflikte bestehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Hintergrund und die Vorannahmen der Forschenden wurden nicht beschrieben</li> <li>• Es fand keine Begleitung durch eine externe Person statt</li> </ul>
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden demografische Daten zu den Teilnehmenden wurden ermittelt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Ergebnisteil sind nicht unmittelbar Zitate mit eingebaut</li> <li>• Die Forschenden und Teilnehmenden standen, vor der Studie, in Beziehung zueinander</li> </ul>

---

#### **4.6. Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people (Manias et al., 2011)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine quantitative Studie, mit dem Ziel, den Effekt einer 8-stündigen Schulung für Pflegefachpersonen zu untersuchen, aus der die Reduktion der Schmerzintensität bei älteren Menschen erfolgen soll. Der Umgang mit SAI durch Pflegefachpersonen, der Einfluss von Pflegefachpersonen auf die Verordnungen von Analgetika und der Einsatz von nicht-pharmakologischen Interventionen durch Pflegefachpersonen wurde eineinhalb Monate vor der Schulung, zwei Tage nach der Schulung und nochmals drei Monate danach miteinander verglichen. Pro Gruppe nahmen 17 Pflegefachpersonen und 96 Patientinnen und Patienten (32 pro Phase) teil. Die Studie wurde auf zwei geriatrischen Stationen in verschiedenen Ausbildungsspitalern in Melbourne, Australien, durchgeführt. Die Daten wurden mittels Beobachtungsfragebogen, Schmerzerfassung, Überprüfung der Pflegedokumentation und Kontrolle der Medikamentenbestellung erfasst.

Nach der Intervention war der durchschnittliche Wert auf der VAS der Kontrollgruppe statistisch signifikant höher als jener der Interventionsgruppe. Weitere Schmerzskaalen wiesen ebenfalls eine Schmerzreduktion bei der

Interventionsgruppe auf. Die Anwendung von SAI blieb bei der Kontrollgruppe über die drei Phasen relativ konstant, bei der Interventionsgruppe gab es hingegen einen Anstieg in der Anwendung. Die vermehrte Anwendung von SAI in der Interventionsgruppe könnte die verminderte Schmerzintensität bei den getesteten Personen begründen.

Die Studie zeigt, dass eine strukturierte Instruktion und eine Schulung die Schmerzsituation bei älteren Menschen verbessert. Die Intervention bewirkte zudem, dass mehr Analgetika als Fixmedikation verordnet und vermehrt nicht-pharmakologische Interventionen angewendet wurden. Es wurde nicht erfasst, wie viel Zeit zwischen dem Assessment und der Gabe von Analgetika verging.

### **Kritische Würdigung**

Die Studie beantwortet eine praxisrelevante **Frage**, da sie untersucht, ob durch Schulungen Problempunkte beim Schmerzassessment und -management verbessert werden können. Die Studie beschränkt sich auf Personen mit nicht eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten, weshalb sie nicht vollständig der Fragestellung dieser Arbeit entspricht.

Das nicht-äquivalente **Kontrollgruppendesign** ist passend und nachvollziehbar, da eine Untersuchungs- und eine Kontrollgruppe vorhanden sind. Bei beiden werden vor und nach der Intervention Daten erhoben, die Intervention wird aber nur bei der Untersuchungsgruppe durchgeführt.

Die **Stichprobengrösse** wurde mit einer Stichprobenumfangrechnung für angemessen befunden. Die Gruppenzuteilung wurde nicht randomisiert durchgeführt, was jedoch nicht logisch begründet wird.

Die **Daten** wurden bei allen Teilnehmenden vollständig erhoben. Die Sichtung der Dokumentationen der Pflegefachpersonen und die Kontrolle der Medikamentenbestellungen werden nicht genau beschrieben. Die Validität und Reliabilität der verwendeten Schmerzskaalen sind gewährleistet, lediglich die Abbey Skala zeigt nur eine ausreichende Reliabilität. Die Entstehung des Beobachtungsfragebogens wird nicht beschrieben und ist daher nicht nachvollziehbar.

Die Verfahren der **Datenanalyse** werden klar beschrieben und sind passend zum Datenniveau. Das **Signifikanzniveau** wird bei  $p < 0.05$  festgelegt.

Die **Ergebnisse** sind präzise und ausführlich. Da die Patientinnen und Patienten jeweils nicht über alle drei Phasen beurteilt wurden, konnten auch die Schmerzen in den verschiedenen Phasen nicht anhand derselben Betroffenen verglichen werden. Dieser Umstand hätte die Ergebnisse beeinflussen können, was jedoch in der Studie nicht diskutiert wird. Von der zweiten zur dritten Phase sank die Anwendung der SAI und nicht-pharmakologischen Interventionen leicht. Es ist daher fraglich, ob die Intervention beständig ist. Dies wird in der Studie ebenfalls nicht diskutiert. Es ist nicht klar, ob die Ergebnisse auf kognitiv eingeschränkte Personen übertragen werden können.

Als **Limitation** wird beschrieben, dass die Pflegefachpersonen ihre Arbeitsweise geändert haben könnten, da sie unter Beobachtung standen. Jedoch ist hierzu zu erwähnen, dass die Pflegefachpersonen nicht wussten, dass sie bezüglich Schmerzmanagement beobachtet wurden – auch zeigten frühere Studien, dass sich Personen schnell an das Beobachtet-sein gewöhnen.

In Tabelle 10 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 10

*Gütebeurteilung der Studie von Manias et al. (2011)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Forschungsassistent wurde im Voraus für den Beobachtungsfragebogen geschult</li> <li>• Die Teilnehmenden wussten nicht, welcher Gruppe sie angehören</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmenden konnten errahnen, welcher Gruppe sie angehören</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Messinstrumente sind klar definiert</li> <li>• Es liegt eine genaue Beschreibung der Datenanalyse vor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entstehung des Beobachtungsfragebogens wird nicht beschrieben</li> <li>• Die Abbey Skala zeigt nur eine ausreichende Reliabilität</li> </ul>

Validität

- Die interne und externe Validität sind gewährleistet
- 

#### **4.7. Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia (Monroe et al., 2015)**

##### **Zusammenfassung**

Es wurde eine qualitative Studie durchgeführt, um Praktiken und persönliche Erfahrungen von Pflegefachpersonen, zum Erkennen und Lindern von Schmerzen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer Demenz, zu erfassen. In zwei amerikanischen Langzeitpflegeeinrichtungen wurden Fokusgruppeninterviews mit 29 Pflegefachpersonen durchgeführt.

Die Unfähigkeit der Betroffenen, sich selbst auszudrücken, ist beim Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz herausfordernd. Komplexe Strategien zur Schmerzerfassung wurden angewandt, z. B. gelten Verhaltensveränderungen als Hinweise für Schmerzen und das Zurückkehren zu alltäglichen Verhaltensmustern als Hinweise für eine Schmerzlinderung. Das Schmerzempfinden der Bewohnerinnen und Bewohner beurteilten Pflegefachpersonen unter Einbezug von diversen Informationen wie z. B. verbale und verhaltensbasierte Auffälligkeiten, Umweltfaktoren, Daten aus Krankenakten und Informationen von Angehörigen. Gute Kenntnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sind dafür grundlegend.

Die Pflegefachpersonen gaben Schwierigkeiten beim Erkennen von Schmerzen und bei der Einschätzung von deren Ausmassen und Intensitäten an, was die Wahl zwischen Analgesie oder anderen Interventionen erschwerte. Fachkenntnisse der Pflegefachpersonen, die Kommunikation mit den Angehörigen und dem interdisziplinären Team sowie eine längere Beziehung zu den Betroffenen, werden als hilfreich wahrgenommen, das Schmerzerleben bei Menschen mit Demenz aufzudecken.

Die Forschenden empfehlen die Anwendung von bSAI bei Menschen mit Demenz, sprechen aber auch von der Notwendigkeit der Weiterentwicklungen der bSAI.

## Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine wichtige **Frage** für die Praxis, da sie Vorgehensweisen der Pflegefachpersonen beim Schmerzassessment bei Demenz untersucht.

Geeignete Strategien sind ausschlaggebend für eine hohe Pflegequalität und für eine valide Schmerzerfassung.

Das **Design** wird als explorative Studie beschrieben, wobei angenommen werden kann, dass eine deskriptive-explorative Übersichtsstudie durchgeführt wurde.

Die **Stichprobe** ist nicht-probabilistisch. Die Stichprobengrösse ist eher klein, was in den Limitationen durch die Forschenden kritisch reflektiert wurde.

Die **Datenerhebung** wird beschrieben und wurde bei allen Fokusgruppeninterviews identisch durchgeführt.

Das Vorgehen bei der **Datenanalyse** wird verständlich und genau erklärt. Ob eine Datensättigung erreicht wurde, wird nicht diskutiert. Die interviewenden Personen hatten Erfahrungen in geriatrischer, qualitativer Forschung und in der Durchführung und Analyse von Fokusgruppeninterviews.

Die **Resultate** sind gut nachvollziehbar und beleuchten verschiedene Aspekte, wodurch sie das Phänomen verständlich machen. Jedoch tragen nicht alle Kategorien und erhobenen Informationen zum Erreichen des Studienziels bei. Empfehlungen für die Praxis sind nur spärlich beschrieben worden.

Folgende **Limitationen** werden aufgeführt: Die Generalisierbarkeit ist beschränkt - wegen der kleinen Stichprobe und weil die Studie nur an zwei Orten durchgeführt wurde. Ausserdem wurden die Vorgehensweisen der Pflegefachpersonen beim Schmerzassessment und -management nur geschildert und nicht beobachtet. Die Forschenden beurteilen die Fokusgruppeninterviews als Limitation, da Einzelinterviews eventuell zu tiefgründigeren Informationen und mehr Meinungsäusserungen geführt hätten.

In Tabelle 11 ist die Beurteilung der Güte, nach den Kriterien von Lincoln und Guba (1985), ersichtlich.

Tabelle 11

*Gütebeurteilung der Studie von Monroe et al. (2015)*

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)	Vorteile	Nachteile
Glaubwürdigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden Feldnotizen erstellt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Datensättigung wird nicht diskutiert</li> <li>• Es wurde keine Besprechung der Ergebnisse mit den Teilnehmenden durchgeführt</li> </ul>
Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Interviews wurden immer durch die gleiche Person geleitet, die zweite Person führte Protokoll</li> <li>• Die Datenanalyse wird genau beschrieben</li> <li>• Die Datenanalyse wurde durch Prüfpfade dokumentiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Studie verfügt über eine übersichtliche Ergebnisdarstellung, jedoch ohne Grafiken und Tabellen</li> </ul>
Bestätigbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Datenanalyse wurde durch andere Forschende/Mitautorinnen und Mitautoren verifiziert</li> <li>• Die Kategorien wurden direkt aus den Daten gebildet</li> <li>• Es wurde eine Transkription durch eine externe Firma durchgeführt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es liegt keine Deklaration, ob Interessenskonflikte vorliegen, vor</li> <li>• Der Hintergrund und die Vorannahmen der Forschenden werden nicht beschrieben</li> </ul>
Übertragbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Ergebnisteil ist ein Einbau von Zitaten vorzufinden</li> <li>• Die Forschenden und Teilnehmenden kannten sich vor der Forschung nicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es sind keine demografischen Daten zu den Teilnehmenden erfasst</li> </ul>

#### **4.8. Pain management skills of regional nurses caring for older people with Dementia: A needs analysis (Neville et al., 2006)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine quantitative Studie. Das Ziel dieser Bedarfsanalyse war es, mittels Fragebogen herauszufinden, über wie viel Wissen die Pflegepersonen bezüglich Schmerzmanagement bei älteren Menschen mit Demenz verfügen, welche Ansichten sie in Bezug auf die Ausbildung und Schulungen zu dieser Thematik haben und was bei der Planung von Schulungsprogrammen für das Schmerzmanagement beachtet werden soll. Die Studie wurde in Australien durchgeführt. Es haben 55 Pflegefachpersonen, 120 PAs und 19 FaGes teilgenommen.

44 % der Teilnehmenden glaubten, dass die beschriebene Patientengruppe zumindest Schmerzen im Allgemeinen verbal äussert, wodurch ein ineffektives Schmerzmanagement erkannt werden kann. Lediglich 52 Teilnehmende fühlten sich ziemlich sicher bis sehr sicher im Schmerzmanagement. Schulungen wurden als hilfreich empfunden, allerdings gibt es oft Barrieren, weshalb diese nicht besucht werden. Dazu gehören unter anderem, dass nicht genügend über vorhandene Schulungen informiert wird, Zeitmangel, Familienverpflichtungen und vor allem, dass die Pflegepersonen sich die unbezahlte Zeit nicht leisten können. 64 % fühlten sich von der Einrichtung zu wenig unterstützt und erhielten zu wenig Informationen und Ressourcen, um auf dem neuesten Stand zu sein. Mindestens 30 % hatten innerhalb des vergangenen Jahres keine Schulung bezüglich Schmerzmanagement erhalten.

Die Studie zeigt, dass das Pflegepersonal nicht über genügend Wissen für ein adäquates Schmerzmanagement verfügt. Beispielsweise dachten 33 Pflegepersonen, dass starke Schmerzen vorhanden sein müssten, bis Analgetika verabreicht werden könnten. Ein Vergleich mit anderen Studien zeigte, dass Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen weniger Wissen über Schmerzmanagement haben als Pflegefachpersonen von Palliativstationen. Die Teilnehmenden wussten nur wenig über vorhandene Weiterbildungsmöglichkeiten. Besuchte Schulungen wurden als förderlich empfunden, wobei besonders die Schulungen von Angesicht zu Angesicht als hilfreich eingeschätzt wurden. Ausserdem gibt es einen Mangel an zur Verfügung stehenden Expertinnen und



Experten. PAs erkennen Schmerzen bei Menschen mit Demenz eher als Pflegefachpersonen, jedoch leiten sie seltener eine Intervention ein.

### **Kritische Würdigung**

Die Studie beantwortet eine praxisrelevante **Frage**, ist jedoch regional sehr eingeschränkt. Aus den Studienresultaten können Punkte evaluiert werden, die eine Anpassung benötigen, damit ein valides Schmerzassessment durchgeführt werden kann.

Das **Design** ist passend, da die Bedürfnisse der Pflegepersonen erfasst werden. Die **Stichprobengrösse** ist angemessen, jedoch nicht ganz nachvollziehbar. Es wird von 197 Teilnehmenden gesprochen, aber nur 194 aufgezählt.

Die Beschreibung der **Datenerhebung** ist kurz, aber verständlich. Der Fragebogen wird nicht vollständig abgebildet. In den vorhandenen Tabellen ist ersichtlich, dass jeweils nicht alle Fragen von allen 194 Personen ausgefüllt wurden. Dies wird weder erwähnt noch begründet. Der Fragebogen wurde in einer anderen Studie geprüft, wodurch sich eine optimale Test-Retest-Reliabilität ergab. Diese Studie wurde nicht publiziert, wodurch sich die Ergebnisse nicht überprüfen lassen. Es werden keine Aussagen zur Validität gemacht.

Die **Datenanalyse** wird kurz beschrieben. Die statistischen Angaben sind schwer beurteilbar, da ihre Resultate nicht aufgezeigt werden. Das **Signifikanzniveau** wird bei  $p < 0.05$  festgelegt.

Es werden nicht alle **Resultate**, die in den Tabellen dargestellt sind, im Text erwähnt. Aufgrund der unklaren Teilnehmerzahl, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die angegebenen Prozentzahlen korrekt sind. Die Studie wird mit Literatur verglichen, diese ist jedoch nicht mehr aktuell.

Es werden keine **Limitationen** beschrieben.

In Tabelle 12 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 12

*Gütebeurteilung der Studie von Neville et al. (2006)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es liegt ein identischer Fragebogen für alle vor</li> <li>• Die Forschenden nehmen keinen Einfluss auf die Ergebnisse</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Messinstrument ist klar definiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Test-Retest-Reliabilität des Fragebogens kann nicht überprüft werden</li> <li>• Es liegen keine vertieften Angaben zur Datenanalyse vor</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interne Validität ist gewährleistet</li> <li>• Das Studiendesign ist passend zu den Forschungsfragen gewählt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die externe Validität ist gefährdet, da die Resultate regional sehr eingeschränkt sind</li> </ul>

#### **4.9. Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen (Palm et al., 2017)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine quantitative Studie mit dem Ziel, den Einsatz von SAI zwischen IWB (Menschen mit und ohne Demenz leben zusammen) und SWB (nur Menschen mit fortgeschrittener Demenz leben zusammen) zu vergleichen. Ausserdem wurde der Gebrauch von Fremd- und Selbsteinschätzungsinstrumenten verglichen. Die Daten wurden mittels Fragebogen, durch eine/-n, von jeder Einrichtung selbst bestimmte/-n Studienkoordinator/-in, erhoben. Es wurden 75 Wohnbereiche in ganz Deutschland befragt (30 segregativ, 45 integrativ). In SWB ist die Chance 1.6 Mal höher als in IWB, dass Schmerzen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen mit einem Fremdeinschätzungsinstrument eingeschätzt werden. In SWB ist die Chance zudem 2.01 Mal höher als in IWB, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit leichten kognitiven Einschränkungen auch mit einem Fremdeinschätzungsinstrument beurteilt werden. Es wird vermutet, dass in IWB eine hohe Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern mit schweren kognitiven Einschränkungen mit Selbsteinschätzungsinstrumenten eingeschätzt werden, da die meisten IWB nur ein Instrument für alle Betroffenen anwenden. Dies, obwohl diese Patientengruppe keine Selbsteinschätzungen ausführen kann. In 18 von 30 SWB wurden ausschliesslich Fremdeinschätzungsinstrumente eingesetzt. In 26 IWB wurden über 50 % der Betroffenen mit der NRS eingeschätzt. Die Studie zeigt, dass in den Wohnbereichen nicht auf die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen eingegangen wird. Ob Fremd- oder Selbsteinschätzungsinstrumente verwendet werden, scheint von der Wohnform und nicht von der Schwere der kognitiven Einschränkung abhängig zu sein. Dies belegt auch die bereits vorhandene Literatur. Daraus kann man schliessen, dass Bildungsmassnahmen nötig sind, damit die Anwendung von SAI hinterfragt werden kann. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass individuelle Einschätzungen nur gemacht werden können, wenn die Institution verschiedene SAI zur Verfügung stellt.

## Kritische Würdigung

Der Forschungsbedarf zum beschriebenen Thema wird mit Literatur logisch begründet und zeigt die Relevanz der **Fragestellungen**.

Das **Design** einer deskriptiven Querschnittstudie ist passend zu den Forschungsfragen, da zwei Gruppen verglichen und der Ist-Zustand beschrieben und ausgewertet wird.

Die **Stichprobenziehung** ist sinnvoll, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt. Die Stichprobengrösse ist angemessen, die beiden zu vergleichenden Gruppen jedoch nicht gleich gross. Das Pflegepersonal wird nicht genauer beschrieben.

Die **Datenerhebung** ist vollständig und nachvollziehbar, der Fragebogen wird nicht abgebildet. Der Fragebogen gilt als valide, die Reliabilität muss in weiteren Studien getestet werden und gilt daher als unsicher.

Die Verfahren der **Datenanalyse** wurden klar beschrieben. Die statistischen Verfahren sind sinnvoll und entsprechen dem Datenniveau. Das **Signifikanzniveau** wird nicht festgelegt.

Die **Ergebnisse** sind ausführlich und präzise. Bei zwei Abbildungen fehlen die Beschriftungen der X-Achsen, was die Interpretation erschwert. Die Ergebnisse können auf kognitiv schwer eingeschränkte und kognitiv leicht eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner in SWB sowie IWB übertragen werden.

In der Studie werden folgende **Limitationen** beschrieben: Die Übertragbarkeit auf die Gesamtheit ist nicht sicher, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt. Ausserdem könnte die Studie Selektionsbias haben. Durch unterschiedliche Konzepte der Institutionen sind Verzerrungen möglich. Zudem könnte es bei der Einschätzung mittels der «Dementia Screening Skala» (DSS) zu Fehlklassifikationen gekommen sein.

In Tabelle 13 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 13

*Gütebeurteilung der Studie von Palm et al. (2017)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es liegt ein identischer Fragebogen für alle vor</li> <li>• Die Forschenden nahmen keinen Einfluss auf die Ergebnisse</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Messinstrument ist klar definiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Fragebogen wurde noch nicht vollständig, hinsichtlich der Reliabilität, geprüft</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interne und externe Validität sind gewährleistet</li> <li>• Das Studiendesign ist passend zu den Forschungsfragen gewählt</li> </ul>	

#### **4.10. Developing a training for certified nursing assistants to recognize, communicate, and document discomfort in residents with dementia (Rodriguez et al., 2018)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine quantitative Studie, mit dem Ziel, PAs im Umgang mit der PAINAD Skala und in der Schmerzerfassung bei älteren Patientinnen und Patienten mit Demenz zu schulen. Ausserdem soll die Kommunikation innerhalb des Gesundheitspersonals durch die Schulung verbessert werden, um die Qualität der Pflege und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz zu steigern. Die Studie wurde auf einer Station mit 38 Betten in den USA durchgeführt. Die Stichprobe

setzte sich aus 23 PAs, vier Pflegefachpersonen, einer Pflegeleitung, drei Sozialarbeiter/-innen und einem oder einer Entspannungstherapeut/-in zusammen. Die Schulung wurde mittels Fragebogen evaluiert. Nach der Schulung füllten die Teilnehmenden jeweils eine PAINAD Skala für eine bestimmte, betroffene Person auf der Station aus. Die PAs wurden erinnert, alle gesammelten Informationen der verantwortlichen Pflegefachperson weiterzuleiten. Diese füllte am Schichtende eine zweite PAINAD Skala aus. 73 Erstassessments und 52 Folgeassessments wurden mit der PAINAD Skala ausgefüllt. Es ist nicht feststellbar, ob die 21 fehlenden Folgeassessments durch Zeitmangel oder durch fehlende Kommunikation begründet sind. Die meisten empfanden die Schulung qualitativ als sehr gut und die verwendete Zeit dafür genau richtig. 77.8 % fanden die Verwendung von Videosequenzen nützlich. Auch die detaillierte Erklärung der PAINAD Skala beurteilten 66.7 % als nützlich. Manche kommentierten, dass die zusätzliche Papierarbeit eine Barriere für den Gebrauch der SAI sein könnte.

Dass sich die Kommunikation zwischen PAs und Pflegefachpersonen verbessert hat, konnte bei den ausgefüllten Folgeassessments herausgelesen werden. Ein signifikanter Punkteabfall, vom Erst- zum Folgeassessment, zeigte zudem, dass PAs beim Auftreten von Schmerzen erfolgreiche Pflegeinterventionen durchführten. Die Studie beweist hiermit, dass PAs durch die Schulung auffälliges Verhalten schneller erkennen und dieses an die zuständige Pflegefachperson weiterleiten. Praktische Beispiele und visuelle Unterstützungshilfen könnten ein vielversprechender Ansatz für Schulungszwecke sein. Obwohl PAs bereits vor der Schulung über SAI Kenntnis hatten, haben sie diese nicht in ihre tägliche Pflege miteinbezogen, was zeigt, dass eine Überwachung und Betreuung während der Implementierung nötig sind. Regelmässige Schulungen werden empfohlen. Aufsichtspersonen sowie Mentorinnen und Mentoren könnten eine gute Unterstützung sein und zur Ausbalancierung der Arbeitsbelastung dienen. Weitere Studien zeigten, dass PAs an solchen Schulungen interessiert sind, um das Verhalten von Menschen mit Demenz besser verstehen und einordnen zu können. Die Studie weist zudem darauf hin, dass kontinuierliche Schulungen nicht einfach umzusetzen sind und viele Ressourcen benötigen.

## Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine wichtige **Frage** für die Praxis, da die PAs sehr nahe an den Betroffenen arbeiten und somit Schmerzen als erstes wahrnehmen können.

Das **Design** wird nicht beschrieben, es kann jedoch angenommen werden, dass es sich um ein Interventionsdesign handelt, da es keine Kontrollgruppe gibt und ein Problem vor sowie nach einer Intervention erforscht wird.

Die **Stichprobenziehung** wird ebenfalls nicht genau beschrieben oder begründet. Vermutlich handelt es sich aber um keine Zufallsstichprobe, da die Stichprobe auf eine bestimmte Station begrenzt ist. Die Stichprobengrösse scheint angemessen zu sein, wird jedoch auch nicht begründet.

Die **Datenerhebung** ist nachvollziehbar und einheitlich für alle Teilnehmenden. Die PAINAD Skala ist reliabel und valide. Die Entstehung des Fragebogens wird nicht genauer beschrieben, daher können keine Aussagen zur Reliabilität und Validität gemacht werden.

Die Verfahren der **Datenanalyse** werden nur kurz angeschnitten. Der verwendete t-Test entspricht dem Datenniveau. Das **Signifikanzniveau** wird nicht festgelegt.

Die **Resultate** sind präzise und verständlich. Die Ergebnisse der Erst- und Folgeassessments werden nicht tabellarisch dargestellt. Die Folgeassessments könnten auch besser ausgefallen sein als die Erstassessments, da sie von einer anderen Person ausgefüllt wurden. Es ist möglich, dass Pflegefachpersonen die Schmerzen auf der Skala tiefer einschätzen als PAs. Dies wird in der Studie nicht in Erwägung gezogen.

Als **Limitationen** der Studie wird beschrieben, dass die Studie nur auf einer Station durchgeführt wurde. Diese ist zudem auf Menschen mit Demenz spezialisiert.

Ausserdem haben nur 18 von 32 Teilnehmenden (17 PAs, eine/-r Entspannungstherapeut/-in) den Evaluationsfragebogen ausgefüllt.

In Tabelle 14 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 14

*Gütebeurteilung der Studie von Rodriguez et al. (2018)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde ein identischer Fragebogen für alle erstellt</li> <li>• Die Forschenden nahmen keinen Einfluss auf die Ergebnisse</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Fragebogen wurde nicht von allen ausgefüllt</li> <li>• Die Erst- und Folgeassessments wurden nicht durch die gleiche Person erhoben</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Messinstrument ist klar definiert</li> <li>• Die PAINAD Skala hat sich in früheren Studien als reliabel erwiesen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entstehung des Evaluationsfragebogens wird nicht beschrieben, es können daher keine Aussagen zur Reliabilität gemacht werden</li> <li>• Es wurden keine vertieften Angaben zur Datenanalyse gemacht</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interne Validität ist gewährleistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Studiendesign wird nicht genannt</li> <li>• Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote beeinflusst sein</li> </ul>



#### **4.11. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia (Zwakhalen et al., 2007)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine quantitative Studie mit dem Ziel, einen Fragebogen zu entwickeln, um das Wissen von Pflegefachpersonen, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, über unterschiedliche Aspekte von Schmerzen, zu erforschen. 123 PAs und Pflegefachpersonen der gerontopsychiatrischen Abteilung haben den Fragebogen ausgefüllt. Diese stammten aus zwei niederländischen Pflegeheimen. Um die Bedeutung des Ausbildungsstandes zu erforschen, wurde die Gruppe mit zwei weiteren Gruppen verglichen. 25 Doktoranden der Pflegewissenschaften und 20 Pflegefachpersonen in der Ausbildung zu Schmerzspezialistinnen und -spezialisten bildeten die Vergleichsgruppen.

Nur etwa ein Drittel der Teilnehmenden hat erkannt, dass ältere Menschen häufiger von Schmerzen betroffen sind als jüngere. Über 80 % empfanden, dass die Schmerzen auf ihrer Station richtig erfasst und behandelt werden.

8 von 17 Aussagen zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Die Gruppe, welche sich auf Schmerzen spezialisierte und die Doktoranden hatten ein fundierteres Wissen als die 123 Pflegepersonen.

Obwohl die Pflegepersonen in Pflegeheimen Wissensdefizite aufweisen, sind sie mit dem Schmerzassessment auf ihrer Station zufrieden. Dies könnte bedeuten, dass die Schmerzen meist ungenügend erfasst und behandelt werden. Aus diesem Grund werden kaum Schritte zur Verbesserung eingeleitet. Dies wird durch die Literatur bestätigt.

Die Wissensdefizite könnten durch eine ungenügende Ausbildung begründet werden, da der Vergleich zwischen den Gruppen zeigte, dass ein höheres Ausbildungsniveau auch das Schmerzmanagement verbesserte. Vorhandenes Wissen scheint in der Regel nicht genügend an die Pflegepersonen weitergeleitet zu werden. Ein reliables und valides SAI ist ein wichtiger Aspekt für die Schmerzerfassung, jedoch nicht der einzige Faktor für ein adäquates Schmerzmanagement.

## Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine relevante **Frage** für die Berufspraxis, da auf ein bekanntes Wissensdefizit der Pflegepersonen hingewiesen wird.

Die Querschnittstudie als **Studiendesign** ist nachvollziehbar, da die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt, anhand einer Stichprobe, gesammelt wurden.

Die **Stichprobenziehung** wird nicht detailliert erklärt und ist daher nicht vollständig nachvollziehbar. Die Stichprobe ist repräsentativ und kann auf Pflegepersonen, die mit Menschen mit Demenz arbeiten, übertragen werden. Die Stichprobengrösse ist eher klein. Dies wird in der Studie als Limitation beschrieben.

Die **Datenerhebung** ist nachvollziehbar und verständlich. Die Reliabilität des Fragebogens ist insgesamt zufriedenstellend. Die Werte der Untergruppen sind teils fragwürdig, da sie sehr tief ausfallen. Es werden keine Aussagen zur Validität des Fragebogens gemacht. Diese ist daher nicht nachvollziehbar.

Die **Datenanalyse** wird nur kurz beschrieben. Die statistischen Verfahren werden sinnvoll eingesetzt und entsprechen dem Datenniveau. Das **Signifikanzniveau** liegt vermutlich bei  $p < 0.05$ , da dieser Wert für die Bonferroni-Korrektur angewendet wurde.

Die **Ergebnisse** sind präzise und vollständig.

In der Studie werden folgende **Limitationen** beschrieben: Die Studie wurde nur in den Niederlanden durchgeführt. Die Resultate könnten nicht vollständig der Wahrheit entsprechen, falls die Teilnehmenden ihre Antworten bezüglich ihrer Wünsche und Vorstellungen angepasst haben. Ausserdem beziehen sich mehr als die Hälfte der Fragen des Fragebogens nicht spezifisch auf Personen mit Demenz. In Tabelle 15 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 15

*Gütebeurteilung der Studie von Zwakhalen et al. (2007)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde ein identischer Fragebogen für alle erstellt</li> <li>• Die Forschenden nahmen keinen Einfluss auf die Ergebnisse</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmenden könnten ihre Antworten an ihre Wünsche und Vorstellungen angepasst haben</li> </ul>
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Messinstrument ist klar definiert</li> <li>• Der Fragebogen hat insgesamt einen zufriedenstellenden Cronbach's Alpha Wert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Untergruppen des Fragebogens haben teilweise einen tiefen Cronbach's Alpha Wert</li> <li>• Es wurden keine vertieften Angaben zur Datenanalyse gemacht</li> <li>• Die Zuverlässigkeit des Messinstruments kann nicht vollständig überprüft werden</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interne und externe Validität sind gewährleistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Validität des Fragebogens ist nicht bestätigt</li> </ul>

#### **4.12. Pain in older adults with dementia (Zwahlen et al., 2018)**

##### **Zusammenfassung**

Es handelt sich um eine mixed-methods Studie. Sie untersuchte die Anwendung und Umsetzung von Richtlinien, die Herausforderungen und Erfahrungen beim Gebrauch von SAI und die Unterschiede zwischen verschiedenen Arbeitssettings und europäischen Ländern, in Bezug auf die Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz.

Die Daten wurden anhand einer Umfrage in Österreich, Belgien, Dänemark, Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und Grossbritannien erhoben. 810 Gesundheitsfachpersonen nahmen an der Studie teil.

Die Anwendung von Richtlinien und Standards sowie der Einsatz von SAI sind unterschiedlich stark vertreten. 41.8 % gaben an, Schmerzassessments nicht nach Standards oder Richtlinien durchzuführen. Oft sind SAI unbekannt, stehen nicht zur Verfügung oder sind am Arbeitsplatz ungenügend implementiert. Richtlinien und eine gute Einführung der SAI, in Kombination mit Schmerzedukation, sind grundlegend für eine regelmässige Durchführung von Schmerzassessments. In Ländern, in denen Standards mehrheitlich genutzt wurden, war die Verwendung von SAI stärker verbreitet.

Das Fehlen von Wissen, Schulungen, Informationsaustausch und Zeit führt zu ungenügenden Assessments. Schulungen sollten vor allem im Langzeitbereich durchgeführt werden, da solche in diesem Bereich nur selten angeboten werden. Obwohl die meisten Personen die Verwendung von SAI einfach bis sehr einfach einschätzten, führte vor allem die Interpretation der Resultate zu Verwirrung. Eine Unsicherheit bezüglich der Reliabilität und Validität der Ergebnisse wurde geäussert. SAI mit numerischen Skalen und Fragen zum Ankreuzen wurden gegenüber SAI mit Kategorien oder offenen Fragen vorgezogen.

Die Studie empfiehlt, die Unterschiede zwischen den Settings und den Arten von Schmerzen, bei der Einführung von Schmerzstandards und SAI, zu berücksichtigen. Die klinische Verwendbarkeit von SAI muss vor allem im Bereich der Resultatsinterpretation verbessert werden, um das Vertrauen in die Validität und Reliabilität zu steigern.

## Kritische Würdigung

Die Studie beantwortet eine entscheidende **Frage** der Praxis, da sie untersucht, ob SAI bei Menschen mit einer Demenz angewendet werden. Daraus können Voraussetzungen für die Praxis abgeleitet werden.

Zum **Design** sind keine Angaben vorhanden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich um eine nicht-experimentelle Querschnittstudie handelt, da Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Stichprobe gesammelt wurden.

Die **Stichprobenziehung** wurde nicht-probabilistisch durchgeführt.

Die Stichprobengröße wird nicht begründet. Einige Länder hatten nur eine kleine Teilnehmerzahl. Die Gesamtanzahl der Studienteilnehmenden ist angebracht.

Die **Datenerhebung** ist nachvollziehbar - das Vorgehen wurde beschrieben und die Einsicht in die Umfrage ist durch Tabellen gegeben. Ob die Validität und Reliabilität des Fragebogens gewährleistet sind, ist unklar.

Die **Datenanalyse** wird nur kurz erklärt, aber es werden die qualitativen und quantitativen Anteile der Analyse beschrieben.

Es wird kein **Signifikanzniveau** festgelegt.

Die **Ergebnisse** sind präzise, ausführlich und vollständig diskutiert. Die Forschungsfragen konnten beantwortet werden, weitere Studien sind jedoch empfehlenswert.

Folgende **Limitationen** werden in der Studie beschrieben: Es könnte zu einer unfreiwilligen Eingrenzung gekommen sein, da die Fragebögen über Schmerzvereinigungen verteilt wurden. Vor allem Personen, die ein Interesse für die Thematik Schmerz haben und somit von Grund auf über mehr Bewusstsein für die Problematik verfügen, füllten den Fragebogen aus. Die Fragebögen wurden unterschiedlich vollständig eingereicht, da die Teilnehmenden nicht gezwungen waren, alles auszufüllen. Es wird nicht beschrieben, wie mit fehlenden Antworten umgegangen wurde.

In Tabelle 16 ist die Beurteilung der Güte, anhand der Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008), dargestellt.

Tabelle 16

*Gütebeurteilung der Studie von Zwakhalen et al. (2018)*

Gütekriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)	Vorteile	Nachteile
Objektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde ein identischer Fragebogen für alle Teilnehmenden erstellt.</li> <li>• Die Forschenden hatten keinen Einfluss auf die Ergebnisse</li> <li>• Der Studienablauf ist nachvollziehbar</li> </ul>	
Reliabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zitate sind bei den Resultaten der qualitativen Analyse vorhanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurden keine vertieften Angaben zur Datenanalyse gemacht</li> <li>• Es wurde keine Reliabilitätsprüfung des Fragebogens durchgeführt.</li> </ul>
Validität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interne Validität ist gewährleistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Fragebögen sind nicht immer vollständig ausgefüllt worden</li> <li>• Die Validität des Fragebogens ist nicht bestätigt</li> </ul>

## **5. Diskussion**

Die Ergebnisse der bearbeiteten Studien lassen sich in die Themenbereiche Schulung, Kommunikation, Richtlinien sowie Betroffene und Angehörige einordnen. Die Ergebnisse werden in den folgenden Unterkapiteln, anhand dieser Themen diskutiert.

### **5.1. Schulung**

Die momentane Studienlage zeigt, dass ein Wissensdefizit des Pflegepersonals bezüglich SAI und Schmerzen bei Menschen mit Demenz besteht (De Witt Jansen et al., 2017; De Witt Jansen et al., 2018; Barry et al., 2012; Manias et al., 2011; Monroe et al., 2015; Neville et al., 2006; Palm et al., 2017; Rodriguez et al., 2018; Zwakhalen et al., 2007; Zwakhalen et al., 2018), was im Review von Coker et al. (2010), bestätigt wird. Dies ist insofern interessant, da die Fachkenntnisse der Pflegefachpersonen wichtig sind, um das Schmerzerleben bei Menschen mit Demenz einschätzen zu können (Monroe et al., 2015) und die Qualität der Pflege beeinflussen (De Witt Jansen et al., 2017). Wissensdefizite sind ein Hindernis für ein valides Schmerzassessment (Zwakhalen et al., 2018; Barry et al., 2012). Lediglich die Studie von Burns und McIlpatrick (2015a) zeigte einen guten allgemeinen Wissensstand des Pflegepersonals zum Thema Schmerzassessment und -management bei Menschen mit Demenz. Der Umgang mit SAI ist jedoch noch ausbaufähig. Das Review von Burns und McIlpatrick (2015b) bestätigt die Ergebnisse dieser Arbeit und weist darauf hin, dass durch Schulungen ein valides Schmerzassessment gefördert werden kann. 26 % der Teilnehmenden der Studie von Neville et al. (2006) schätzten ihr Fachwissen als knapp oder nicht genügend ein und 52 % als durchschnittlich. Das Pflegepersonal aus Langzeitpflegeeinrichtungen weist ein grösseres Wissensdefizit auf als das Pflegepersonal von Palliativstationen (Neville et al., 2006). Dies kann unter anderem durch ungenügende Ausbildungen begründet werden (Zwakhalen et al., 2007).

Ein grosser Teil des Pflegepersonals erhielt kürzlich oder im vergangenen Jahr keine regelmässigen Schulungen zum Thema Schmerzmanagement und Schmerzen bei Demenz (Barry et al., 2012; Neville et al., 2006). Zwakhalen et al. (2018) äussern, dass vor allem im Langzeitbereich selten Schulungen zu diesem Thema durchgeführt werden. Das Literaturreview von Chandler, Zwakhalen,

Docking, Bruneau und Schofield (2017) bestätigt diese Erkenntnisse mit der Aussage, dass zwischen 60.4 % - 90 % des Pflegepersonals keine Schulung zum Thema Schmerz oder Demenz erhält. Schulungen für den praktischen Gebrauch der SAI werden gefordert (Burns & McIlpatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2017). Auch PAs zeigen Interesse an Schulungen und sollen daran teilnehmen können, um ihr Potenzial auszuschöpfen (De Witt Jansen et al., 2017; Rodriguez et al., 2018).

Manias et al. (2011) haben mit Hilfe von Schulungseinheiten gezeigt, dass strukturierte Instruktionen und praktische Übungen für das Pflegepersonal zu einer Verbesserung der Schmerzsituation, bei älteren Menschen ohne kognitive Einschränkungen, führen. Keeney et al. (2008) und Neville et al. (2006) stimmen zu, dass Schulungen das Wissen über Schmerzen bei Menschen mit Demenz verbessern. Auch Rodriguez et al. (2018) zeigten auf, dass die PAs nach Schulungen auffälliges Verhalten besser erkennen und dieses an die zuständige Pflegefachperson weiterleiten konnten.

Regelmässige bedürfnis- und praxisorientierte Schulungen von Angesicht zu Angesicht werden gewünscht (Burns & McIlpatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2018; Neville et al., 2006; Rodriguez et al., 2018). Vor allem visuelle Unterstützungsmöglichkeiten sind effektiv (Rodriguez et al., 2018).

Rodriguez et al. (2018) weisen allerdings darauf hin, dass die kontinuierliche Umsetzung von Schulungen viele Ressourcen erfordert. So wird zum Beispiel nicht genügend über Weiterbildungsmöglichkeiten informiert (Neville et al., 2006). Auch Personal- und Zeitmangel stellen ein grosses Hindernis dar (Neville et al., 2006). Die Studienlage bestätigt mehrfach, dass Schulungen eine grundlegende Voraussetzung für ein valides Schmerzassessment sind. Es konnte keine Literatur gefunden werden, welche diesen Argumenten widerspricht.

## **5.2. Kommunikation**

Nicht nur Wissensdefizite des Pflegepersonals, sondern auch eine schlechte mündliche und schriftliche Kommunikation zwischen den Berufspersonen führen zu einer ungenügenden Schmerzerkennung, woraus eine unzureichende Schmerzbehandlung resultiert (Burns & McIlpatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2017; Monroe et al., 2015; Zwakhalen et al., 2018).



Rodriguez et al. (2018) haben aufgezeigt, dass Schulungen die Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und PAs verbessern. Diese Erkenntnisse sind wichtig, da eine effektive Kommunikation im Team positive Auswirkungen auf die Mitarbeitenden sowie die Betroffenen hat. Eine eingeschränkte Kommunikation führt zu reduzierter Zusammenarbeit im Team, die Arbeitseffizienz sinkt und das Wohl der Betroffenen wird negativ beeinflusst (Harris, Dawson, Poe & Shirey, 2017). Die Studie von De Witt Jansen et al. (2017) zeigte, dass PAs nur informative Rapporte abgeben konnten, wenn sie gut ins Team integriert sind. Daraus lässt sich schliessen, dass eine Kombination aus Schulung der PAs und ihre Integration ins Team die Grundvoraussetzung für ein valides Schmerzassessment ist. Chandler et al. (2017) bestätigen, dass eine schlechte Kommunikation innerhalb des Teams eine Barriere für ein valides Schmerzassessment ist, da relevante Informationen verloren gehen.

### **5.3. Richtlinien**

Neben dem Wissen und der Kommunikation, sind standardisierte Richtlinien, zum Thema Schmerzmanagement durch die Institutionen, eine wichtige Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit Schmerzen bei Menschen mit Demenz (Barry et al., 2012; Burns & McIlpatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2018; Zwakhalen et al., 2018). Richtlinien haben den Vorteil, dass Theorie und Praxis aufeinander abgestimmt, Pflegetätigkeiten einheitlich durchgeführt und die Dokumentation vereinheitlicht und vereinfacht werden (Bartholomeyczik, Ewers, Friesacher, Hell & Hokenbecker-Belke, 2012, S.99-100). Das Einführen von Richtlinien kann potenzielle Risiken für die Betroffenen minimieren (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012). Jedoch hat die Studie von Zwakhalen et al. (2018) gezeigt, dass 41.8 % der Teilnehmenden keine Richtlinien im Umgang mit Schmerzen verwenden. Eine erschwerte Zugänglichkeit, fehlende Kenntnisse oder eine ungenügende Implementation von SAI in der Praxis können erklären, warum Assessments nicht standardmässig durchgeführt werden (Zwakhalen, 2018). Zudem wird oft an der Validität von SAI gezweifelt. Diese müssen weiterentwickelt werden, damit sie in der Praxis tatsächlich angewendet werden (De Witt Jansen et al., 2018; Monroe et al., 2015; Zwakhalen, 2018). Eine praxisnahe, verständliche und begründete Implementierung der SAI, mit Hilfe von Richtlinien für die Praxis, ist grundlegend, damit das Pflegepersonal die SAI

tatsächlich anwendet (De Witt Jansen et al., 2018). Dazu gehört auch, dass die Institutionen verschiedene SAI zur Verfügung stellen, damit sie das Pflegepersonal, angepasst an die Ressourcen und Bedürfnisse der Betroffenen, einsetzen kann (Palm et al., 2017). Dies wiederum setzt voraus, dass, wie in Kapitel 5.1 beschrieben, genügend Wissen des Pflegepersonals vorhanden ist, um ressourcenorientierte Entscheidungen treffen zu können.

Die Studienlage zeigte, dass Schmerzassessments eine häufigere Verwendung finden, wenn nach Richtlinien gearbeitet wird. Ausserdem soll das Schmerzassessment mit Hilfe von SAI vereinfacht werden und validere Ergebnisse daraus resultieren. Die SAI müssen konsequent und verständlich eingeführt werden (Zwakhalen et al., 2018).

#### **5.4. Betroffene und Angehörige**

Monroe et al. (2013) betonen, dass eine längere Beziehung zu den Betroffenen ausschlaggebend für die richtige Einschätzung des Schmerzerlebens ist. Gute Kenntnisse über die Bewohnerinnen und Bewohner und eine vertrauensvolle Beziehung sind nötig, um Schmerzen richtig beurteilen zu können. Die Studie von Monroe et al. (2015) deutet daraufhin, dass äussere Einflüsse, wie zum Beispiel das Wetter oder die Tageszeit, die Schmerzen der Bewohnerinnen und Bewohner beeinflussen können. Da die PAs oft mehr Zeit mit den Betroffenen verbringen als Pflegefachpersonen, sind sie besser über deren Verhaltensweisen, Vorlieben und Gewohnheiten informiert (De Witt Jansen et al., 2017). Aus diesem Grund können sie Veränderungen schneller erkennen. Dadurch gewinnt die Studie von Rodriguez et al. (2018), welche die Schulung von PAs empfiehlt, an zusätzlicher Relevanz. Die Teilnehmenden der Studie von De Witt Jansen et al. (2017), äusserten Schwierigkeiten beim Schmerzassessment von unbekannten Bewohnerinnen und Bewohnern. In diesem Fall werden Informationen von Angehörigen aufgenommen, um Verhaltensweisen der Betroffenen besser einordnen zu können. Der Einbezug der Angehörigen von Menschen mit Demenz, hat einen grossen Stellenwert (Burns & McIlpatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2018; Hedinger & Egger, 2015; Monroe et al., 2013). Durch deren Einbindung können Informationen aus der Vergangenheit der Bewohnerinnen und Bewohner, an welche sich die Betroffenen selber nicht mehr erinnern können, erfasst werden. Geschehnisse aus der Vergangenheit könnten die gegenwärtige Schmerzsituation beeinflussen.

Es konnte keine Literatur gefunden werden, die gegen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Betroffenen oder den Einbezug der Angehörigen spricht.

## **6. Schlussfolgerung**

Die beschriebenen Themenbereiche Schulung, Kommunikation, Richtlinien sowie Betroffene und Angehörige beeinflussen sich gegenseitig. Schulungen haben den grössten Einfluss auf die weiteren Themenbereiche. Alle verwendeten Studien betonten die Wichtigkeit von Schulungen und deren positive Auswirkungen in Bezug auf das Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz. Daher wird im folgenden Abschnitt der Zusammenhang zwischen den Schulungen und den Themenbereichen Kommunikation, Richtlinien und Betroffenen aufgezeigt. Der Themenbereich Angehörige kann anhand der Studien nicht direkt mit dem Thema Schulung in Verbindung gesetzt werden, da er in der verwendeten Literatur nur spärlich beschrieben wurde.

Es stellte sich heraus, dass sich die Kommunikation innerhalb des Teams verbessern kann, wenn das Wissen und die Fähigkeiten des Pflegepersonals durch Schulungen gefördert werden. Dies bedeutet, dass Schulungen nicht nur die direkte Arbeit mit den Betroffenen verbessert, sondern auch die Zusammenarbeit innerhalb des Pflegepersonals. Durch Schulungen steigt die Qualität der Rapporte der PAs. Das Vertrauen der Pflegefachpersonen in die Beobachtungen der PAs nimmt zu. Ausserdem ist den PAs bewusster, dass ihre Beobachtungen und Informationsweiterleitungen bedeutend sind, was wiederum positive Auswirkungen auf die Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz hat. Eine valide Schmerzerfassung unterstützt zudem eine adäquate Schmerzbehandlung. In den Studien wird gefordert, dass Institutionen Richtlinien zum Thema Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz aufnehmen. Vor allem muss die Implementation von mindestens einem Selbsteinschätzungs- und einem Fremdeinschätzungsinstrument für das Schmerzassessment gewährleistet sein, damit für jeden Grad der kognitiven Einschränkung ein passendes Instrument zur Verfügung steht. Der Nutzen und die Handhabung der SAI müssen durch Schulungen aufgezeigt werden, damit sie das Pflegepersonal tatsächlich anwenden und sich ressourcenorientiert für das passende SAI entscheiden können. Dies setzt

voraus, dass das Pflegepersonal über das Thema Schmerzen und Schmerzassessment bei Demenz geschult wird.

Die Studien haben zudem gezeigt, dass eine enge und langjährige Beziehung zu den Betroffenen relevant ist, um Schmerzen erkennen zu können. Diverse Aspekte, wie zum Beispiel Verhaltensveränderungen, müssen beim Schmerzassessment miteinbezogen werden, um eine valide Beurteilung der Schmerzen machen zu können. Oft werden Verhaltensveränderungen als erstes durch PAs wahrgenommen, da sie mehr Zeit mit den Betroffenen verbringen als Pflegefachpersonen. PAs sollen als Ressource gefördert werden, indem sie an Schulungen teilnehmen können. Dadurch werden sie stärker auf das Schmerzerleben bei Menschen mit Demenz sensibilisiert und können dieses schneller wahrnehmen.

Als weiterführende Frage könnte darauf eingegangen werden, welche Kosten durch Demenzerkrankungen verursacht werden und wie diese durch ein valides Schmerzassessment gesenkt werden könnten.

## **7. Theorie-Praxis-Transfer Schulung**

Wie in der Schlussfolgerung beschrieben, ergab sich aus den Studien, dass Schulungen eine tragende Voraussetzung für eine valide Schmerzerfassung sind. Daher wird mithilfe des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) die Umsetzung von Schulungen in die Praxis analysiert. Das Modell wurde im theoretischen Hintergrund in Kapitel 2.8 vorgestellt. Praxisempfehlungen für alle vier Themenbereiche - Schulung, Kommunikation, Richtlinien sowie Betroffene und Angehörige - werden in Kapitel 7.5 tabellarisch dargestellt.

### **7.1. Forschungsperspektive**

Zwei bearbeitete Studien haben Schulungen für das Pflegepersonal durchgeführt (Manias et al., 2011; Rodriguez et al., 2018). Es zeigte sich, dass sich die Schmerzsituation von Betroffenen mit Demenz verbessert, wenn das Pflegepersonal strukturierte Schulungen erhält. Die restlichen Studien haben keine Schulungen durchgeführt, jedoch zeigten Umfragen, dass das Pflegepersonal Schulungen wünscht und bereits positive Erfahrungen mit früheren Schulungen gemacht hat. Der Effekt wurde positiv eingeschätzt (Barry et al., 2012; Burns & McIlpatrick, 2015a; De Witt Jansen et al., 2017; De Witt Jansen et al., 2018; Neville et al., 2006; Palm et al., 2017; Rodriguez et al., 2018; Zwakhalen et al., 2018). Eine erneute Literaturrecherche hat gezeigt, dass es eine Forschungslücke bei Interventionsstudien gibt, die Schulungen durchführen. Die Studie von Herman, Johnson, Ritchie und Parmelee (2009) betont ausserdem, dass bereits vorhandene Literatur methodische und inhaltliche Defizite aufweist.

### **7.2. Reflektierte Praxiserfahrung**

Persönliche Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass Teilnehmende mehr Interesse an Schulungen zeigen, wenn diese während den Arbeitszeiten stattfinden. Die Schulungen sollten für die Teilnehmenden kostenlos sein und keinen Mehraufwand bedeuten. Ausserdem können bereits kurze Inputs wirkungsvoll und lehrreich sein. Der Vorteil gegenüber langen Schulungen ist dabei, dass die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden besser erhalten bleibt. Ausserdem werden dadurch die zeitlichen Ressourcen weniger belastet und die Einplanung der Schulungen in den Praxisalltag vereinfacht. Zudem konnte festgestellt werden, dass es hilfreich ist, wenn die Schulungen obligatorisch sind, damit sich alle die Zeit

dafür einplanen. In diesem Fall ist es jedoch besonders wichtig, dass die Schulungen den Bedürfnissen entsprechen, damit die Teilnehmenden motiviert sind und ein wirkungsvoller Effekt erzielt werden kann. Dies kann durch konkrete Praxisbeispiele und die Besprechung von erlebten Situationen in der Institution unterstützt werden.

Aus den Studien geht hervor, dass ein praxisorientierter Aufbau der Schulungen die Bedürfnisse des Pflegepersonals anspricht, wodurch die Effektivität gesteigert wird (De Witt Jansen et al., 2018). Diese sollen von Angesicht zu Angesicht durchgeführt werden (Neville et al., 2006) und nicht auf e-Learnings basieren (De Witt Jansen et al., 2017). Schulungen haben positive Auswirkungen auf das Schmerzassessment des gesamten Pflegepersonals. Durch neugewonnenes Fachwissen können Pflegefachpersonen nötige Interventionen für die Schmerzbehandlung gegenüber den Ärztinnen und Ärzten fundiert begründen, um beispielsweise die Medikamentenverordnungen positiv zu beeinflussen (Manias et al., 2011).

### **7.3. Umgebungsbedingungen**

Eine ausführliche und nachhaltige Schulung ist in der Praxis nicht einfach umsetzbar. Es werden viele Ressourcen benötigt (Rodriguez et al., 2018). Dazu gehören die passenden Räumlichkeiten, finanzielle Mittel und geeignete Expertinnen und Experten, welche die Inhalte vermitteln können. Für die gesamte Organisation und Umsetzung der Schulung muss genügend Zeit vorhanden sein. Die Vermittlung von Theorie und die Durchführung von praktischen Schulungseinheiten sind grundlegend für eine umfassende Schulung, was ebenso zeitintensiv ist. Sofern die Schulungen während den Arbeitszeiten stattfinden, muss genügend Personal zur Vertretung vorhanden sein, damit die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohnern durchgehend gewährleistet ist (Rodriguez et al., 2018). Vertretungen sollen nicht nur PAs und FaGes leisten, da ihre Teilnahme an den Schulungen ebenfalls wichtig ist. Während der Implementierungszeit der vermittelten Schulungsinhalten und SAI wird eine enge Betreuung des Pflegepersonals durch Expertinnen und Experten empfohlen (Rodriguez et al., 2018). Dies ist ein weiterer Kostenfaktor. Die Schulungsinhalte müssen stets aktualisiert werden und auf dem neusten Forschungsstand basieren.

#### **7.4. Ziele, Präferenzen, Wünsche des Patienten/der Patientin**

Da sich Bewohnerinnen und Bewohner mit mittlerer bis schwerer Demenz nicht adäquat zu ihrem Schmerzerleben äussern können, ist es die Aufgabe der Pflegepersonen, ihre Schmerzen zu erkennen (Werner, 2017). Dies soll durch die Schulungen erreicht werden und so dem Pflegepersonal helfen, zusätzlich die ethischen Prinzipien «Nicht schaden» und «Gutes tun» wahrnehmen zu können. Das ethische Prinzip «Nicht schaden» bedeutet, dass Pflegepersonen, aufgrund ihrer Kenntnisse, Risiken erkennen müssen und diese vermeiden sollen. Mögliche Schädigungspotenziale müssen frühzeitig erkannt und vermieden oder zumindest vermindert werden. Dabei sollen Erkenntnisse aus der Pflegeforschung miteinbezogen werden (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), 2013). In diesem Fall bedeutet das, dass die Pflegenden Schmerzen frühzeitig erkennen und Interventionen einleiten sollen. Dadurch können die Beeinträchtigungen der Mobilität, der Atmung, des Schlafens, des Appetits sowie der Alltagskompetenzen (Burns & McIlfratrick, 2015a; Schäfer, 2005; Schrimpf, 2017) verhindert werden.

Das ethische Prinzip «Gutes tun» bedeutet, dass Wohltun und Fürsorge angestrebt werden. Es beinhaltet Handlungen, die zum Wohle der Betroffenen ausgeführt werden sowie das Recht auf Förderung und die Erhaltung der Gesundheit. Ängsten, Delirien, Depressionen sowie sozialer Isolation, ausgelöst durch Schmerzen (De Witt Jansen et al., 2018; Burns & McIlfratrick, 2015b), sollen dadurch entgegengewirkt werden. Ausserdem müssen Schmerzen adäquat behandelt werden, so dass sie sich nicht chronifizieren oder akut verschlimmern können. Die Pflegepersonen haben die Pflicht, zu verhindern, dass die Bewohnerinnen und Bewohner Schaden nehmen. Vor allem Personen mit Einschränkungen soll geholfen werden (SBK, 2013), damit auch ihre Lebensqualität erhalten bleibt (Schwermann & Münch, 2008).

## 7.5. Praxisempfehlungen zu den Bereichen Schulung, Kommunikation, Richtlinien, Betroffene und Angehörige

Tabelle 17

*Praxisempfehlungen zu den Themenbereichen Schulung, Kommunikation, Richtlinien, Betroffene und Angehörige*

Themenbereich	Praxisempfehlung
Schulung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nicht nur Pflegefachpersonen, sondern auch PAs (Rodriguez et al., 2018; De Witt Jansen et al., 2017) und FaGes sollen an Schulungen teilnehmen können.</li><li>• Schulungen müssen regelmässig wiederholt werden (Rodriguez et al., 2018) und dem neusten Forschungsstand entsprechen. Die Regelmässigkeit ist abhängig vom Umfang der Schulungen. Die Zeitabstände sollten aber institutionsintern definiert sein.</li><li>• Schulungen sollen folgende Themenbereiche beinhalten: Detaillierte Erklärung der SAI, praktische Übungen mit den SAI, Theorie zu Schmerzen bei Demenz, Praxisbeispiele anhand von Videosequenzen (Rodriguez et al., 2018), Diskussion von Praxisbeispielen, Wichtigkeit der Schmerzerkennung bei Menschen mit Demenz vermitteln (Burns &amp; McIlfratrick, 2015a).</li><li>• Schulungen sollen von Angesicht zu Angesicht stattfinden (Burns &amp; McIlfratrick, 2015a; Neville et al., 2006).</li><li>• Schulungen müssen praxis- und bedürfnisorientiert aufgebaut sein (Burns &amp; McIlfratrick, 2015a).</li><li>• Institutionen müssen über Schulungen informieren und diese kostenlos und während den Arbeitszeiten durchführen.</li></ul>



---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fachwissen und neue Erkenntnisse aus der Pflegeforschung sollen an das Pflegepersonal vermittelt werden.</li></ul>
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Das gesamte Pflegepersonal soll an Sitzungen teilnehmen dürfen, damit alle gleich integriert werden (De Witt Jansen et al., 2017).</li><li>• Gemeinsames Ausfüllen der SAI durch PAs und Pflegefachpersonen fördert den Informationsaustausch (De Witt Jansen et al., 2017). Dies führt zu einer besseren Gesamtbeurteilung der Schmerzsituation.</li></ul>
Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"><li>• Institutionen müssen mindestens ein Selbsteinschätzungs- und ein Fremdeinschätzungsinstrument zur Verfügung stellen, damit sie, angepasst an die Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, eingesetzt werden können (Palm et al., 2017).</li><li>• SAI sollten numerische Skalen und Fragen zum Ankreuzen beinhalten (Zwakhaleh et al., 2018).</li><li>• Institutionen müssen konkrete Richtlinien und Standards für das Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz haben (Barry et al., 2012; Zwakhaleh et al., 2018).</li></ul>
Betroffene und Angehörige	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Bezugspersonenpflege ist sinnvoll, damit eine enge Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohnern aufgebaut werden kann.</li><li>• Wenige Wechsel der Zuordnung des Pflegepersonals zu den Bewohnerinnen und Bewohnern in der Tagesplanung, verhilft dabei, ihre Verhaltensweisen</li></ul>

---

besser kennenzulernen und gegenseitiges Vertrauen zu schaffen.

- Gewohnheiten und Verhaltensweisen der Betroffenen müssen genau dokumentiert werden, damit Verhaltensmuster sichtbar werden.
  - Anamnesegespräche sollen ausführlich und unter Einbezug der Angehörigen erfolgen, damit sie umfassender sind.
  - Empfehlenswert ist das Arbeiten nach dem Calgary-Familien-Assessment-Modell der familienzentrierten Pflege nach Wright und Leahey (2014). Dieses ist im Anhang B dargestellt.
-

## **8. Empfehlungen für die Forschung**

Der Forschungsstand zum Thema Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz im Langzeitbereich, ist relativ begrenzt. Weitere Forschungen zu diesem Thema werden daher empfohlen. Vor allem Studien, die Schulungen als Intervention durchführen, sind spärlich. Auf diese sollte in der weiteren Forschung ein Schwerpunkt gesetzt werden, da sie den direkten Effekt von Schulungen aufzeigen können. In der Arbeit wurde aufgezeigt, dass Schulungen den grössten Einfluss auf ein valides Schmerzassessment haben und zudem andere wichtige Voraussetzungen für das Schmerzassessment positiv beeinflussen. Es ist daher sinnvoll, Schulungen aus Studien zu evaluieren, um diese dann in der Praxis zu implementieren. Die zusätzliche Forschung ist nötig, damit der optimale Aufbau der Schulungen ermittelt werden kann. Im Moment ist die Studienlage noch sehr auf die nordeuropäischen Länder konzentriert. Es wird empfohlen, auch Studien in der Schweiz durchzuführen, damit Erkenntnisse für den Schweizer Langzeitbereich gewonnen werden können. Diese wären am aussagekräftigsten für die Schweiz, da die Kompetenzen der Pflegepersonen innerhalb der Länder stark variieren.

## **9. Beantwortung der Fragestellung**

Die Bachelorarbeit befasste sich mit folgender Fragestellung:

"Welche Voraussetzungen müssen bei der Durchführung eines Schmerzassessments gegeben sein, damit Schmerzen, bei Menschen mit einer mittelgradigen bis schweren Demenz im Langzeitbereich, durch Pflegepersonen valide erfasst werden?"

Die Fragestellung konnte teilweise beantwortet und relevante Punkte erfasst werden, die für ein valides Schmerzassessment von Bedeutung sind. Diese sind jedoch nicht abschliessend. Sicherlich gibt es noch weitere Voraussetzungen, die ein wirksames Schmerzassessment begünstigen könnten. Das Pflegepersonal muss genügend Wissen über die Thematik Schmerzen bei Demenz und zu bestehenden SAI haben, damit das Schmerzassessment korrekt und vollständig ist. Der Informationsaustausch zwischen Personen, die eng mit den Bewohnerinnen und Bewohnern arbeiten und Personen, die SAI anwenden, muss gegeben sein. Richtlinien können das Schmerzassessment verbessern und vereinfachen. Ausserdem müssen passende SAI zur Verfügung stehen. Für ein ganzheitliches

Schmerzassessment ist die Beziehung zu den Betroffenen und der Einbezug der Angehörigen unumgänglich.

## **10. Limitationen**

Die Arbeit weist einige Limitationen auf. Da durch den begrenzten Zeitrahmen keine umfassende Literaturrecherche durchführbar war, besteht die Möglichkeit, dass relevante Literatur nicht erfasst wurde. Die Forschungslage ist sehr begrenzt und auf einige Studien konnte nicht zugegriffen werden. Diese Tatsache grenzte die Studienlage weiter ein. Die Ein- und Ausschlusskriterien konnten nicht strikt eingehalten werden – was im Ergebnisteil in Kapitel 4 begründet wurde. Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist, dass die Übertragbarkeit der Ergebnisse fraglich ist, da nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob die Berufsbezeichnungen richtig übersetzt wurden. Dies ist dadurch bedingt, dass die Bildungssysteme in den verschiedenen Ländern unterschiedlich aufgebaut sind und das dazu führt, dass die Kompetenzen nicht einheitlich sind. Es ist zum Beispiel unklar, ob ein/-e PA in Australien gleich viele Kompetenzen hat wie eine FaGe in der Schweiz. Ein weiteres Beispiel wäre, dass ein/-e PA in der Schweiz mehr Kompetenzen haben könnte als ein/-e PA in den Niederlanden. Die jeweiligen Kompetenzen müssten ausführlich untersucht und verglichen werden, was jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

Die Arbeit begrenzt sich nur auf die Berufsgruppe der Pflege. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde in den Studien teilweise angeschnitten, in dieser Arbeit aber nicht aufgenommen. Dies, weil die Studien zu wenig zu diesem Thema beschrieben haben. Für ein valides Schmerzassessment ist auch der Einbezug anderer Berufsgruppen zentral (Runggaldier & Delvai, 2012). In einem weiteren Schritt hätte zum Beispiel die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie beschrieben werden können, da diese einen wichtigen Beitrag zur Schmerzerfassung leisten kann.

Einige Studien haben Unklarheiten in der Methodik aufgewiesen, welche in den kritischen Würdigungen erläutert wurden. Es ist jedoch nicht klar, wie stark diese die Ergebnisse beeinflusst haben.

Alle Studien befinden sich auf der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009) auf der Stufe sechs. Das Evidenzlevel ist eher tief, da alle Studien aus primärer Forschungsliteratur stammen.

Die Ergebnisse und Interpretationen dieser Arbeit könnten noch weiter ausgeführt und diskutiert werden. Sie wurden auf die relevanten Punkte reduziert und zusammengefasst. Deshalb wurde beispielsweise die Berufserfahrung des Pflegepersonals sowie ihre Einstellungen gegenüber Schmerzassessments nicht thematisiert, die laut Studie aber einen Einfluss auf die Schmerzerfassung bei Menschen mit einer Demenz haben können. Diese Themen wurden jedoch in den Studien nur wenig thematisiert und es konnten keine fundierten Erkenntnisse daraus gezogen werden.

## Literaturverzeichnis

- Ahn, H. & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics*, 13(1). doi:10.1186/1471-2318-13-14
- ALTER-nativ Wohnen (ANW-Wohnen) (n. d.). Demenz Stadien – ein schleichender Prozess. Verfügbar unter <https://www.anw-wohnen.de/ueber-demenz/stadien/>
- Alzheimer Schweiz. (2018). Menschen mit Demenz in der Schweiz: Zahlen und Prognosen [PDF]. Verfügbar unter [https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer\\_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/2018-CH-zahlen-fakten.pdf](https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/2018-CH-zahlen-fakten.pdf)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). National Safety and Quality Health Service Standards [PDF]. Verfügbar unter <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/09/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>
- Barry, H. E., Parsons, C., Passmore, A. P. & Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1258-1266. doi:10.1002/gps.3770
- Bartholomeyczik, S., Ewers, M., Friesacher, H., Hell, W. & Hokenbecker-Belke, E. (2012). Organisation, Management und Recht. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann & L. Ullrich (Hrsg.), *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (12. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M. Mayer, H. & Mayer, H. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.

- Buchholz, I., Feng, Y. & Kohlmann, T. (2016). Epidemiologie des Schmerzes im Alter. In M. Schuler (Hrsg.), *Schmerztherapie beim älteren Menschen*. Berlin: De Gruyter.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). (2016). *Nationale Demenzstrategie 2014-2019* (BAG-Publikationsnummer: 2016-GP-17). Bern: BAG und GDK.
- Bundesamt für Statistik. (n. d.). Alters- und Pflegeheime. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html>
- Burns, M. & McIlfratrick, S. (2015a). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 479-487. doi:10.12968/ijpn.2015.21.10.479
- Burns, M. & McIlfratrick, S. (2015b). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(8), 400-407. doi:10.12968/ijpn.2015.21.8.400
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS). (2018). Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz»: Prävalenzschätzungen zu Demenzerkrankungen in der Schweiz [PDF]. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html>
- Chandler, R. C., Zwakhalen, S. M. G., Docking, R., Bruneau, B. & Schofield, P. (2017). Attitudinal & Knowledge Barriers Towards Effective Pain Assessment & Management in Dementia: A Narrative Synthesis. *Current Alzheimer Research*, 14(5), 523-537. doi:10.2174/1567205013666160602233118

Charlottenhof Wohn- & Pflegeheime. (n. d.). Alzheimer und Demenz Pflegeheim im Charlottenhof Badendhausen am Harz - Gerontopsychiatrie. Verfügbar unter <https://www.pflegeheim-harz.de/gerontopsychiatrie.html>

Coker, E., Papaioannou, A., Kaasalainen, S., Dolovich, L. Turpie, I. & Taniguchi, A. (2010). Nurses' perceived barriers to optimal pain management in older adults in acute medical units. *Applied Nursing Research*, 23(3), 139-146. doi:10.1016/j.apnr.2008.07.003

De Juan Pardo, M. Á., Saracibar-Razquin, M., Crespo, I. & Fuster Linares, P. (2018). Pain assessment in individuals with dementia and communication problems in Spain. A systematic review. *Revista Clínica Española (Englische Edition)*, 218(8), 435-444. doi:10.1016/j.rceng.2018.05.007.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (2015). Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99): Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09). Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2005/index.htm?gf00.htm+>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*, (1. Aktualisierung). Osnabrück: DNQP.

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S., Morgan, S., ... Parsons, C. (2018). „A tool doesn't add anything“. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1346-1354. doi:10.1002/gps.4931



- De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., ... Watson, M. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 16(1). doi:10.1186/s12904-017-0184-1
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99-101. doi:10.1136/ebn.12.4.99-b
- Dr. Palm'sche Online Apotheke (2019). Frühe Anzeichen für Demenz. Verfügbar unter [https://www.poppe-apotheken.de/template/print\\_article.cfm?textid=2617&cat=1](https://www.poppe-apotheken.de/template/print_article.cfm?textid=2617&cat=1)
- Falk, J. (2015). *Basiswissen Demenz: Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Fritz, E. (2009). *Assessment im Pflegebereich* [PPT]. Verfügbar unter [https://www.kinaesthetics-trainer.de/download/assessment\\_inderpflege.pdf](https://www.kinaesthetics-trainer.de/download/assessment_inderpflege.pdf)
- Harris, K. K., Dawson, M. A., Poe, T. & Shirey, M. R. (2017). FEATURE. Nurse Communication Strategies to Improve Patient Outcomes in a Surgical Oncology Setting [Abstract]. *ORL-Head & Neck Nursing*, 35(4), 5-12.
- Häusermann, S. (2018). Repetition Schmerz (2b): Akuter vs. chronischer Schmerz. Vorlesung Palliative Care: Schmerz/Breakthrough-Pain (BTP); Modul BA.PF.42 Palliative Care, ZHAW. Winterthur. Verfügbar unter <https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=861168>
- Hedinger, B. & Egger, B. (2015). Demenzkonzept [PDF]. Verfügbar unter [https://www.spitex-luzern.ch/fileadmin/user\\_upload/Demenz-Konzept.pdf](https://www.spitex-luzern.ch/fileadmin/user_upload/Demenz-Konzept.pdf)

- Herman, A. D., Johnson, T. M., Ritchie, C. S. & Parmelee, P. A. (2009). Pain Management Interventions in the Nursing Home: A Structured Review of the Literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1258-1267.  
doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02315.x
- Herr, K., Bjoro, K. & Decker, S. (2006). Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 170-192.  
doi:10.1016/j.jpainsymman.2005.07.001
- Horgas, A. L. & Tsai, P. F. (1998). Analgesic Drug Prescription and Use in Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Nursing Research*, 47(4), 235-242. doi:10.1097/00006199-199807000-00009
- Hornich, S. (2013). *Kommunikation mit Menschen mit Demenz* (Veröffentlichte Bachelorarbeit). Medizinische Universität, Graz.
- Keeney, C. E., Scharfenberger, J. A., O'Brien, J. G., Looney, S., Pfeifer, M. P. & Hermann, C. P. (2008). Initiating and Sustaining a Standardized Pain Management Program in Long-Term Care Facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(5), 347-353.  
doi:10.1016/j.jamda.2008.02.004
- Kojer, M. (2009). Schmerz und Demenz – Dimensionen des Problems [PDF]. *palliative-ch*, 4. Verfügbar unter  
[https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/magazin/2009\\_4.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/magazin/2009_4.pdf)
- Kretzschmer, H. (2014). *Assessmentinstrumente zur Fremdeinschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz* (Veröffentlichte Bachelorarbeit). Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage.

- Lints-Martindale, A. C., Hadjistavropoulos, T., Barber, B. & Gibson, S. J. (2007). A Psychophysical Investigation of the Facial Action Coding System as an Index of Pain Variability among Older Adults with and without Alzheimer's Disease. *Pain Medicine*, 8(8), 678–689. doi:10.1111/j.1526-4637.2007.00358.x
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Elsevier.
- Manias, E., Gibson, S. J. & Finch, S. (2011). Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. *Pain Medicine*, 12(8), 1199-1215. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01181.x
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung* (1. Aufl.). Wien: UTB.
- Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (3. Aufl.). Wien: Facultas.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (Hrsg.). (1994). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2. Aufl.) [PDF]. Verfügbar unter <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Miró, J., Paredes, S., Rull, M., Queral, R., Miralles, R., Nieto, R., ... Baos, J. (2007). Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *European Journal of Pain*, 11(1), 83-92. doi:10.1016/j.ejpain.2006.01.001
- Monroe, T. B., Mishra, S. K., Habermann, R. C., Dietrich, M. S., Cowan, R. L. & Simmons, S. F. (2013). Pain reports and pain medication treatment in nursing home residents with and without dementia. *Geriatrics & Gerontology International* 14(3), 541-548. doi:10.1111/ggi.12130

- Monroe, T. B., Parish, A. & Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 316-320. doi:10.1016/j.apnu.2015.05.007
- Müller, J. (Interviewer) & Randzio, O. (Interviewte). (2010). *Schmerz in der Pflege – eine Herausforderung* [Interview, PDF]. Verfügbar unter der Webseite Bayerisches Ärzteblatt: [http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2010/12/einzelpdf/BAB\\_1210\\_679.pdf](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2010/12/einzelpdf/BAB_1210_679.pdf)
- Müller, T. (2010). Aggressionen haben oft simple Ursachen. *Ärzte Zeitung*. Verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/demenz/article/618053/aggressionen-oft-simple-ursachen.html>
- Neville, C., McCarthy, A., Laurent, K., Creedy, D. K. & Walker, R. (2006). Pain management skills of regional nurses caring for older people with Dementia: A needs analysis. *Collegian*, 13(2), 31-36. doi:10.1016/S1322-7696(08)60522-3
- Neville, C. & Ostini, R. (2014). A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia. *Pain Management Nursing*, 15(4), 798-806. doi:10.1016/j.pmn.2013.08.001
- Nobis, H. G. & Rolke, R. (2012). Akute und chronische Schmerzen. Verfügbar unter <https://www.dgss.org/patienteninformationen/herausforderung-schmerz/akute-und-chronische-schmerzen/>
- Österreichische Alzheimer Gesellschaft. (2019). Was ist Demenz. Verfügbar unter <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/was-ist-demenz/>

- Palm, R., Sirsch, E., Holle, B. & Bartholomeyczik, S. (2017). Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 122, 32-40. doi:10.1016/j.zefq.2017.04.008
- Pieruschka, M. (n. d.). Literaturrecherche mit dem Schneeballsystem. Verfügbar unter <https://studi-lektor.de/tipps/literaturrecherche/schneeballsystem-literaturrecherche.html>
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M. & Karagiannidou, M. (2016). World Alzheimer Report 2016 - Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future [PDF]. Verfügbar unter <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>
- Reynolds, K. S., Hanson, L. C., DeVellis, R. F., Henderson, M. & Steinhauser, K. E. (2008). Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 388-396. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.01.001
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *A/CA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW, Winterthur.
- Rodriguez, V., Reinhardt, J. P., Spinner, R. & Blake, S. (2018). Developing a Training for Certified Nursing Assistants to Recognize, Communicate, and Document Discomfort in Residents with Dementia. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(2), 127-128. doi:10.1097/NJH.0000000000000424

- Rostad, H. M., Utne, I., Grov, E. K., Puts, M. & Halvorsrud, L. (2017). Measurement properties, feasibility and clinical utility of the Doloplus-2 pain scale in older adults with cognitive impairment: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 17(1). doi:10.1186/s12877-017-0643-9
- Roth, C. & Roth-Brons, M. (2014). Demenz und Schmerz (3. Aufl.) [PDF]. Verfügbar unter [https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/downloads/publikationen/Druckwerke\\_zum\\_Download/2014-12-05\\_Demenz\\_und\\_Schmerz\\_3.\\_Auflage.pdf](https://www.palliativstiftung.de/fileadmin/downloads/publikationen/Druckwerke/_zum_Download/2014-12-05_Demenz_und_Schmerz_3._Auflage.pdf)
- Runggaldier, A. & Delvai E. (2012). *Einführung des Schmerzassessments in den Gesundheitssprengeln Gröden, Eggental/Schlern und Salten/Sarntal/Ritten* (Veröffentlichte Abschlussarbeit). Universitätslehrgang Palliative Care, Salzburg.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x
- Santangelo, T., Novosel, L. C., Cook, B. G. & Gapsis, M. (2015). Using the 6S Pyramid to Identify Research-Based Instructional Practices for Students with Learning Disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*, 30(2), 91-101. doi:10.1111/ldrp.12055
- Schäfer, M. (2005). Pathophysiologie des Schmerzes. In B. Zernikow (Hrsg.), *Schmerztherapie bei Kindern*. Heidelberg: Springer.
- Scherder, E., Oosterman, J., Swaab, D., Herr, K., Ooms, M., Ribbe, M., ... Benedetti F. (2005). Recent developments in pain in dementia. *British Medical Journal*, 330 (7489), 461-464. doi:10.1136/bmj.330.7489.461
- Schilder, M. & Philip-Metzen, H. E. (2018). *Menschen mit Demenz: Ein interdisziplinäres Praxisbuch: Pflege, Betreuung, Anleitung von Angehörigen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Schrimpf, M. (2017). Schmerzen als multifaktorielles Geschehen. Vorlesung Schmerzphysiologie; Modul BA.PF.13 Anatomie/Physiologie, ZHAW. Winterthur. Verfügbar unter <https://moodle.zhaw.ch/mod/folder/view.php?id=644130>
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). (2013). *Ethik und Pflegepraxis*. Bern: SBK.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2010). Häufige Demenzerkrankungen: Alzheimer-Krankheit und vaskuläre Demenz [PDF]. Verfügbar unter [https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer\\_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Krankheiten/haeufige-demenzerkrankungen.pdf](https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Krankheiten/haeufige-demenzerkrankungen.pdf)
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2014a). Leben mit Demenz: Tipps für Angehörige und Betreuende [PDF]. Verfügbar unter [http://www.eldermediation.ch/themen/Leben\\_mit\\_Demenz\\_Tipps\\_fuer\\_Angehoerige\\_und\\_Betreuende.pdf](http://www.eldermediation.ch/themen/Leben_mit_Demenz_Tipps_fuer_Angehoerige_und_Betreuende.pdf)
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2014b). Menschen mit Demenz in Schweizer Pflegeheimen: Vielfältige Herausforderungen [PDF]. Verfügbar unter [https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer\\_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/demenz-pflegeheimen.pdf](https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/demenz-pflegeheimen.pdf)
- Schwermann, M. & Münch, M. (2008). *Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz: Ein Leitfaden für die Pflegepraxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shega, J. W., Hougham, G. W., Stocking, C. B., Cox-Hayley, D. & Sachs, G. A. (2006). Management of Noncancer Pain in Community-Dwelling Persons with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(12), 1892-1897. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00986.x

Spitex Schweiz. (n. d.). Wer kann die Spitex anfordern? Verfügbar unter <https://www.spitex.ch/Nonprofit-Spitex/Einsatz-der-Spitex/PZP9s/>

Thieme (Hrsg.). (2015). I care Pflege [PDF]. Verfügbar unter [https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_pflege paedagogik/37.3\\_Schmerzmanagement\\_in\\_der\\_Pflege.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege paedagogik/37.3_Schmerzmanagement_in_der_Pflege.pdf)

VOLKSHILFE Österreich. (n. d.). Sekundäre Formen der Demenzerkrankung. Verfügbar unter <http://www.demenz-hilfe.at/sekundaere-formen?referer=%2Ferkrankungsformen>

Werner, S. (2017). Schmerzen erkennen bei Menschen mit Demenz. *Heilberufe*, 69(11), 14-16. doi:10.1007/s00058-017-3078-y

World Health Organization (WHO). (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: WHO.

Wright, L. M. & Leahey. M. (2014). *Familienzentrierte Pflege* (2. Aufl.). (B. Preusse-Bleuler, Hrsg., H. Börger, Übers.). Bern: Huber. (Deutschsprachige Ausgabe von *Nurses and Families*, 2005, Philadelphia: Davis Company).

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). (2015). Zi-Kodier-Manual [PDF]. Verfügbar unter [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/54/Zi-Kodiermanual\\_Demenz\\_Stand-2015.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/54/Zi-Kodiermanual_Demenz_Stand-2015.pdf)

Zinkanel, M. (2013). *Schmerzen und Demenz*. (Veröffentlichte Arbeit). KABEG Bildungszentrum, Klagenfurt am Wörthersee.

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (n. d.). Datenbanken für den Fachbereich Gesundheit. Verfügbar unter <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/recherchehilfe-kurse/fachinformation-gesundheit/fachdatenbanken-gesundheit/>



Zwakhallen, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allcock, N. & Schofield, P. (2018). Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Der Schmerz*, 32(5), 364-373. doi:10.1007/s00482-018-0290-x

Zwakhallen, S. M., Hamers, J. P., Peijnenburg, R. H. & Berger, M. P. (2007). Nursing Staff Knowledge and Beliefs about Pain in Elderly Nursing Home Residents with Dementia. *Pain Research and Management*, 12(3), 177-184. doi:10.1155/2007/518484

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Formen der Demenz angepasst nach Falk (2015) .....	12
Abbildung 2: Evidenzbasiertes Pflegemodell von Rycroft-Malone et al. (2004).....	16
Abbildung 3: Flussdiagramm zur Literaturrecherche .....	21
Abbildung 4: 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) zur Beurteilung des Evidenzlevels .....	22

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Demenzstadien .....	10
Tabelle 2: Beispiele von Assessmentinstrumenten.....	14
Tabelle 3: Keywords zur Studiensuche .....	18
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien .....	19
Tabelle 5: Übersicht der verwendeten Studien .....	24
Tabelle 6: Gütebeurteilung der Studie von Barry et al. (2012) .....	33
Tabelle 7: Gütebeurteilung der Studie von Burns und McIlpatrick (2015a) .....	35
Tabelle 8: Gütebeurteilung der Studie von De Witt Jansen et al. (2017).....	38
Tabelle 9: Gütebeurteilung der Studie von De Witt Jansen et al. (2018).....	41
Tabelle 10: Gütebeurteilung der Studie von Manias et al. (2011) .....	44
Tabelle 11: Gütebeurteilung der Studie von Monroe et al. (2015).....	47
Tabelle 12: Gütebeurteilung der Studie von Neville et al. (2006) .....	50
Tabelle 13: Gütebeurteilung der Studie von Palm et al. (2017) .....	53
Tabelle 14: Gütebeurteilung der Studie von Rodriguez et al. (2018) .....	56
Tabelle 15: Gütebeurteilung der Studie von Zwakhalen et al. (2007) .....	59
Tabelle 16: Gütebeurteilung der Studie von Zwakhalen et al. (2018) .....	62
Tabelle 17: Praxisempfehlungen zu den Themenbereichen Schulung, Kommunikation, Richtlinien, Betroffene und Angehörige.....	72

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels
bSAI	Beobachtungsbasierte Schmerzassessmentinstrumente
EBNM	Evidence-based Nursing Modell
FaGes	Fachpersonen Gesundheit
IWB	Integrativer Wohnbereich
NRS	Numerische Ratingskala
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Skala
PAs	Pflegeassistentinnen und -assistenten
SAI	Schmerzassessmentinstrumente
SWB	Segregativer Wohnbereich
VAS	Visuelle Analogskala

## **Wortzahl**

Abstract: 200 Wörter

Bachelorarbeit (ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Anhang): 11'983

## **Danksagung**

Wir bedanken uns bei Frau Nina Braun für die Unterstützung und Beratung während der Erstellung dieser Bachelorarbeit. Ausserdem bedanken wir uns bei Frau Irène Ris für die Unterstützung im Hintergrund.

Für das fachliche Gegenlesen geht ein grosser Dank an Frau Melissa Kälin, Frau Karin Fuchs und Frau Eliane Rugo, die uns hilfreiche Anmerkungen und Inputs geben konnten. Für das kompetente Korrektorat und Lektorat bedanken wir uns herzlich bei Herr Matthias Rothe von Textradar und bei Frau Nadine Rabensteiner. Ein spezieller Dank geht an unser privates Umfeld, welches uns stets unterstützend und motivierend zur Seite stand.

## **Eigenständigkeitserklärung**

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben»

Winterthur, 3.5.19



Lisa Meier



Selina Steinemann

## Anhang

### Anhang A: Protokoll der Literaturrecherche

Stichwörter, Schlagwörter (Englisch)	Datenbank	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Titel	Anzahl relevante Abstracts	Weiteres Vorgehen	Relevante Literatur (Quelle nennen)
pain AND dementia AND detection	PubMed	56	5	2	Keywords anpassen	<p>Apinis, C., Tousignant, M., Arcand, M. &amp; Tousignant-Laflamme, Y. (2014). Can adding a standardized observational tool to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments? <i>Pain Medicine</i>, 15 (1), 32–41. <a href="https://doi.org/10.1111/pme.12297">https://doi.org/10.1111/pme.12297</a></p> <p>Karlsson, C., Sidenvall, B., Bergh, I. &amp; Ernsth-Bravell, M. (2013). Certified nursing assistants' perception of pain in people with dementia: a hermeneutic enquiry in dementia care practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22 (13–14), 1880–1889. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12197">https://doi.org/10.1111/jocn.12197</a></p>
“pain assessment” AND dementia AND requirement		1	0	0	Zu wenig Treffer, Suche ausweiten	
dementia AND “pain assessment”		320			Zu viele Treffer, Suche einschränken	

dementia AND "pain assessment" AND detection		19	0	0	Keywords anpassen	
"pain assessment" AND dementia AND implementation		22	10	4	Keywords anpassen	<p>Karlsson, C. E., Ernsth-Bravell, M., Ek, K. &amp; Bergh, I. (2015). Home healthcare teams' assessments of pain in care recipients living with dementia: a Swedish exploratory study. <i>Journal of Older People Nursing</i>, 10 (3), 190–200.  <a href="https://doi.org/10.1111/opn.12072">https://doi.org/10.1111/opn.12072</a></p> <p>Liu, J. Y. W. &amp; Lai, C. K. Y. (2017). Implementation of Observational Pain Management Protocol for Residents With Dementia: A Cluster-RCT. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 65 (3), e56–e63.  <a href="https://doi.org/10.1111/jgs.14763">https://doi.org/10.1111/jgs.14763</a></p> <p>Montoro-Lorite, M. &amp; Canalias-Reverter, M. (2018). Advanced dementia pain management protocols. <i>Enfermeria Clinica</i>, 28 (3), 194–204.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.003">https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.06.003</a></p> <p><b>Rodriguez, V., Reinhardt, J. P., Spinner, R. &amp; Blake, S. (2018). Developing a Training for Certified Nursing Assistants to Recognize, Communicate, and Document Discomfort in Residents With Dementia. <i>Journal of Hospice</i>, 20 (2), 120–126.  <a href="https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424">https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424</a></b></p>
dementia AND "pain assessment" AND condition		13	3	1	Keywords anpassen	<p>Hadjistavropoulos, T., Browne, M. E., Prkachin, K. M., Taati, B., Ashraf, A. &amp; Mihailidis, A. (2018). Pain in severe dementia: A comparison of a fine-grained assessment approach to an observational checklist</p>

						designed for clinical settings. <i>Journal of Pain</i> , 22 (5), 915–925. <a href="https://doi.org/10.1002/ejp.1177">https://doi.org/10.1002/ejp.1177</a>
realization AND requirement AND dementia AND “pain assessment”		0	0	0	Suche erweitern	
transfer AND dementia AND “pain assessment”		9	3	1	Keywords anpassen	<b>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S., Morgan, S., ... Parsons, C. (2018). „A tool doesn’t add anything“. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 33, 1346–1354. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.4931">https://doi.org/10.1002/gps.4931</a></b>
dementia AND pain AND assessment AND implementation		40	12	4	Einige passende Treffer, Keywords anpassen	Savvas, S., Toye, C., Beattie, E. & Gibson, S. J. (2014). Implementation of sustainable evidence-based practice for the assessment and management of pain in residential aged care facilities. <i>Pain Management Nursing</i> , 15 (4), 819–825. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.09.002">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.09.002</a>  Zwakhalen, S. M. G., van't Hof, C. E. & Hamers, J. P. H. (2012). Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 21 (21–22), 3009–3017. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04313.x</a>

						<p><b>Manias, E., Gibson, S. J. &amp; Finch, S. (2011). Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people. <i>Pain Medicine</i>, 12 (8), 1199–1215. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01181.x">https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01181.x</a></b></p> <p>Leone, A. F., Standoli, F. &amp; Hirth, V. (2009). Implementing a pain management program in a long-term care facility using a quality improvement approach. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i>, 10 (1), 67–73. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.08.003">https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.08.003</a></p>
“pain assessment” AND dementia AND application		14	2	0	Keywords anpassen	
“pain assessment” AND dementia AND usage		4	0	0	Keywords anpassen	
“pain assessment tool” AND barriers AND dementia		1	0	0	Suche erweitern	
“pain assessment tool” AND barriers		11	0	0	Keywords anpassen, versuchen mehr Treffer zu erzielen	



“pain assessment tool” AND implementation AND dementia		2	0	0	Keywords anpassen	
“pain assessment tool” AND application AND dementia		4	0	0	Keywords anpassen	
“pain measurement” AND use AND barriers AND dementia		0	0	0	Keywords anpassen	
“pain measurement” AND barriers AND dementia		29	2	1	Keywords anpassen	Chandler, R. C., Zwakhalen, S. M. G., Docking, R., Bruneau, B. & Schofield, P. (2017). Attitudinal & Knowledge Barriers Towards Effective Pain Assessment & Management in Dementia: A Narrative Synthesis. <i>Current Alzheimer Research</i> , 14 (5), 523–537. <a href="https://doi.org/10.2174/1567205013666160602233118">https://doi.org/10.2174/1567205013666160602233118</a>
pain AND assessment AND dementia AND requirement		4	0	0	Keywords anpassen	
usage AND pain AND assessment AND dementia		5	1	0	Suche erweitern	

usage AND "pain assessment" AND nurse AND dementia		2	0	0	Keywords anpassen	
(usage OR exertion) AND pain AND assessment AND dementia		5	0	0	Keywords anpassen	
(application OR "pain assessment") AND dementia		4331	10	4	Suche eingrenzen	<p>Rababa, M. (2018). The Role of Nurses' Uncertainty in Decision-Making Process of Pain Management in People with Dementia. <i>Pain Research and Treatment</i>, 7281657.  <a href="https://doi.org/10.1155/2018/7281657">https://doi.org/10.1155/2018/7281657</a></p> <p>Rodriguez, V., Reinhardt, J. P., Spinner, R. &amp; Blake, S. (2018). Developing a Training for Certified Nursing Assistants to Recognize, Communicate, and Document Discomfort in Residents With Dementia. <i>Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing</i>, 20 (2), 120-126.  <a href="https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424">https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424</a></p> <p>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S., ... Parsons, C. (2018). „A tool doesn't add anything“. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 33, 1346–1354.  <a href="https://doi.org/10.1002/gps.4931">https://doi.org/10.1002/gps.4931</a></p>

						Zwakhalen, S., Docking, R. E., Gnass, I., Sirsch, E., Stewart, C., Allcock, N. & Schofield, P. (2018). Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. <i>Schmerz</i> , 1-8. <a href="https://doi.org/10.1007/s00482-018-0290-x">https://doi.org/10.1007/s00482-018-0290-x</a>
application AND "pain assessment" AND dementia		32	2	1	Keywords anpassen	
condition AND "pain assessment" AND dementia		372	2	0	Keywords passen, da sehr unspezifische Treffer	
knowledge AND "pain assessment" AND dementia		64	6	4	Gute Trefferzahl mit passenden Resultaten, neue Keywords	<p>De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlpatrick, S. J., ... Watson, M. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i>, 16, 1-11. <a href="http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1">http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1</a></p> <p>Chandler, R. C., Zwakhalen, S. M. G., Docking, R., Bruneau, B. &amp; Schofield, P. (2017). Attitudinal &amp; Knowledge Barriers Towards Effective Pain Assessment &amp; Management in Dementia: A Narrative Synthesis. <i>Current Alzheimer Research</i>, 14 (5), 523-537. <a href="https://doi.org/10.2174/1567205013666160602233118">https://doi.org/10.2174/1567205013666160602233118</a></p>

						<p>Burns, M. &amp; McIlfratrick, S. (2012). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21 (10), 479-87.  <a href="https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479">https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479</a></p> <p>Barry, H. E., Parsons, C., Passmore P. A. &amp; Hughes C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 27 (12), 1258-1266.  <a href="https://doi.org/10.1002/gps.3770">https://doi.org/10.1002/gps.3770</a></p>
requirement AND "pain assessment" AND dementia	CINAHL	6	0	0	Suche erweitern	
requirement AND "pain assessment" AND dementia AND nursing		3	0	0	Keywords anpassen	
condition* AND "pain assessment" AND dementia AND nursing		17	4	1	Condition* eher spezifisches Keyword, allgemeineres einsetzen	<p>Monroe, T. B., Parish, A. &amp; Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. <i>Academic Journal Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29 (5), 316-320.</p>
"nursing assessment" AND "pain assessment"		56	3	2	Keywords anpassen	<p>Barry, H. E., Parsons, C., Passmore P. A. &amp; Hughes C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. <i>International Journal of Geriatric</i></p>

AND dementia AND nursing						<b><i>Psychiatry</i>, 27 (12), 1258-1266. <a href="https://doi.org/10.1002/gps.3770">https://doi.org/10.1002/gps.3770</a></b>  Rababa, M. (2018). The association of nurses' assessment and certainty to pain management and outcomes for nursing home residents in Jordan. <i>Geriatric Nursing</i> , 39 (1), 66-71. <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015</a>
dementia AND "pain assessment tool" AND requirements		2	0	0	Keywords anpassen	
dementia AND "pain assessment tool" AND implementation		10	2	0	Keywords anpassen	
dementia AND "pain assessment tool" AND use		58	3	0	Suche erweitern	
"pain assessment tool" AND dementia		23	0	0	Keywords anpassen	
"pain assessment tool" AND "cognitively impaired"		7	1	1	Keywords anpassen	<b>Palm, R., Sirsch, E., Holle, B. &amp; Bartholomeyczik, S. (2017). Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären</b>

						<b>Pflegeeinrichtungen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 122, 32–40.</b> <a href="https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.04.008">https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.04.008</a>
condition* AND "pain assessment" AND dementia AND nursing		17	4	1	Keywords anpassen	<b>Monroe, T. B., Parish, A. &amp; Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. <i>Academic Journal Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29 (5), 316-320.</b> <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007</a>
"nursing assessment" AND "pain assessment" AND dementia AND nursing		56	3	2	Keywords anpassen	<b>Barry, H. E., Parsons, C., Passmore P. A. &amp; Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 27 (12), 1258-1266.</b> <a href="https://doi.org/10.1002/gps.3770">https://doi.org/10.1002/gps.3770</a>  Rababa, M. (2018). The association of nurses' assessment and certainty to pain management and outcomes for nursing home residents in Jordan. <i>Geriatric Nursing</i> , 39 (1), 66-71. <a href="https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015">https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.06.015</a>
"pain assessment" AND application AND "nursing home" AND dementia		2	2	2	Keywords anpassen	<b>Rodriguez, V., Reinhardt, J. P., Spinner, R. &amp; Blake, S. (2018). Developing a Training for Certified Nursing Assistants to Recognize, Communicate, and Document Discomfort in Residents with Dementia. <i>Journal of Hospice &amp; Palliative Nursing</i>, 20 (2), 120-128.</b> <a href="http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424">http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424</a>  <b>Monroe, T. B., Parish, A. &amp; Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in</b>

						<b>Nursing Home Residents with Dementia. <i>Academic Journal Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29 (5), 316-320. <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007</a></b>
pain AND detection AND assessment AND dementia		22	9	1	Keywords anpassen, versuchen grössere Trefferquote zu erreichen	Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A. & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. <i>BMC Geriatrics</i> , 14 (1), 138-138. <a href="http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-138">http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-14-138</a>
assessment OR "pain assessment" AND dementia AND knowledge		550879	13	5	50 Treffer evaluiert, Suche eingrenzen	<p>Burns, M. &amp; McIlfratrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21 (8), 400-407. <a href="http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400">http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400</a></p> <p><b>Burns, M. &amp; McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21 (10), 479-487. <a href="http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479">http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479</a></b></p> <p>De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., ... Watson, M. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i>, 16, 1-11. <a href="http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1">http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1</a></p> <p>Barry, H. E., Parsons, C., Passmore P. A. &amp; Hughes, C. M. (2012). An exploration of nursing</p>

					<p>home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 27 (12), 1258-1266.  <a href="https://doi.org/10.1002/gps.3770">https://doi.org/10.1002/gps.3770</a></p> <p>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S., Morgan, S., ... Parsons, C. (2018). „A tool doesn't add anything“. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 33, 1346–1354.  <a href="https://doi.org/10.1002/gps.4931">https://doi.org/10.1002/gps.4931</a></p>
"pain assessment" AND dementia AND knowledge		31	14	5	<p>Gute Resultate erzielt, neue Keywords</p> <p>Burns, M. &amp; McIlfratrick, S. (2015). Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21 (8), 400-407.  <a href="http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400">http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.8.400</a></p> <p>Burns, M. &amp; McIlfratrick, S. (2015). Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 21 (10), 479-487.  <a href="http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479">http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.479</a></p> <p>De Witt Jansen, B., Parsons, C., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfratrick, S. J., ... Watson, M. (2017). Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative</p>



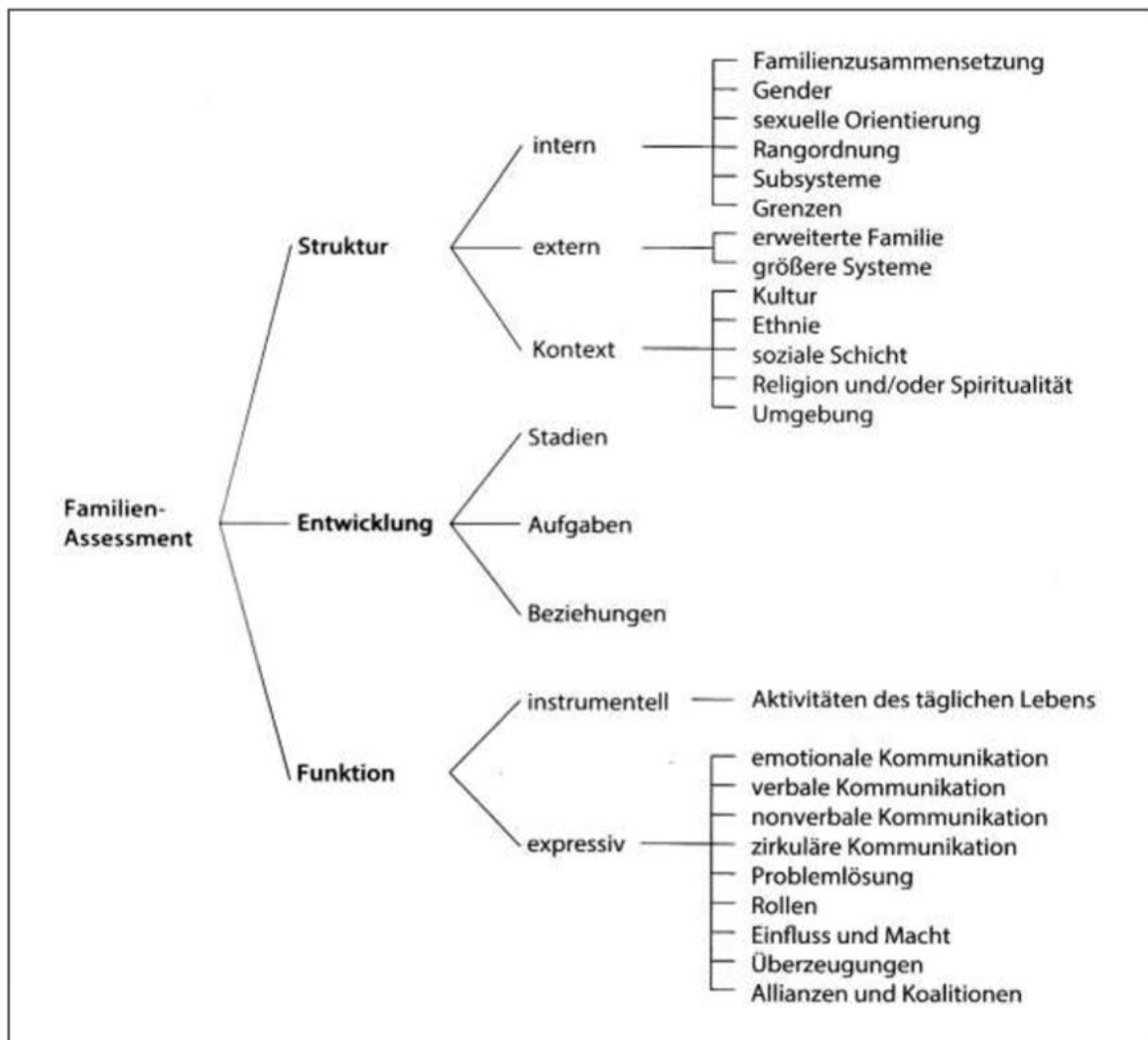
						<p>study. <i>BMC Palliative Care</i>, 16, 1-11.  <a href="http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1">http://dx.doi.org/10.1186/s12904-017-0184-1</a></p> <p>Barry, H. E., Parsons, C., Passmore P. A. &amp; Hughes, C. M., (2012). An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 27 (12), 1258-1266.  <a href="https://doi.org/10.1002/gps.3770">https://doi.org/10.1002/gps.3770</a></p> <p>De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S., Morgan, S., ... Parsons, C. (2018). „A tool doesn't add anything“. The importance of added value: Use of observational pain tools with patients with advanced dementia approaching the end of life-a qualitative study of physician and nurse experiences and perspectives. <i>Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 33, 1346–1354.  <a href="https://doi.org/10.1002/gps.4931">https://doi.org/10.1002/gps.4931</a></p>
"pain assessment" AND nurse* AND dementia AND application		4	3	1	Keywords anpassen	<p>Monroe, T. B., Parish, A. &amp; Mion, L. C. (2015). Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents with Dementia. <i>Academic Journal Archives of Psychiatric Nursing</i>, 29 (5), 316-320.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007</a></p>
"pain assessment" AND "home care" AND usage		0	0	0	Versuchen Suche zu erweitern	

"pain assessment" AND "home care" AND skills AND nurse*		2	1	1	Keywords anpassen	Glajchen, M. & Bookbinder, M. (2001). Knowledge and perceived competence of home care nurses in pain management: a national survey. <i>Journal of Pain &amp; Symptom Management</i> , 21 (4), 307-316.
ache OR pain AND detection AND dementia AND "long-term care"		1537	1	0	50 Treffer überprüft, die meisten weit entfernt des gewünschten Themas, Suche eingrenzen	
pain AND detection AND dementia AND "long-term care"		5	1	0	Keywords anpassen	
pain AND dementia AND "long-term care" AND assessment AND implementation		11	3	1	Keywords anpassen	<b>Rodriguez, V., Reinhardt, J. P., Spinner, R. &amp; Blake, S. (2018). Developing a Training for Certified Nursing Assistants to Recognize, Communicate, and Document Discomfort in Residents with Dementia. <i>Journal of Hospice</i>, 20 (2), 120–126. <a href="https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424">https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000424</a></b>
soreness AND "pain assessment" AND realization AND dementia		0	0	0	Keywords anpassen	
soreness AND assessment AND realization AND dementia		0	0	0	Keywords anpassen	

pain AND assessment AND realization AND dementia		0	0	0	Keywords anpassen	
pain AND "pain assessment" AND realization AND dementia		0	0	0	Suche beendet, Treffer wiederholten sich immer wieder, Nulltreffer steigerten sich → auf Schneeballsystem umsteigen	

## Anhang B: Das Calgary-Familien-Assessment-Modell der familienzentrierten Pflege

Mit dem Modell können die Beziehungen und Probleme innerhalb der Familie erfasst werden. Die Kategorien sind in der Abbildung dargestellt. Durch das Einbinden der Angehörigen von Menschen mit Demenz können Informationen gewonnen werden, die die Betroffenen selber nicht mehr geben können, ihr Verhalten aber begründen könnte.



## Anhang C: Zusammenfassungen und Würdigungen im AICA Raster

### Anhang C1: Barry et al. (2012)

**Zusammenfassung der Studie:** An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühere Studien haben gezeigt, dass Schmerzen bei Menschen mit Demenz unterschätzt und nicht genügend behandelt werden</li> <li>- Die Anzahl von dementen Menschen in Pflegeheimen ist steigend</li> <li>- Schmerzbehandlung kann Agitation reduzieren</li> <li>- Wissen, Meinung und Haltung von Pflegefachpersonen könnten zu Schwierigkeiten beim Schmerzassessment und Management führen</li> <li>- Unsicherheit beim Einschätzen, ob Schmerzen bei Menschen mit Demenz vorhanden, ist gross → Verhaltensbeobachtung wird häufig angewendet</li> </ul> <p><b>Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Entwickeln und Aushändigen eines Fragebogens an Pflegeheimleitungen in Nordirland</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welches Wissen, Meinungen und Haltungen haben Pflegeheimleitungen bezüglich Schmerzen bei Menschen mit Demenz? Wie wird dies durch den Ausbildungsstand und die Pflegeerfahrung beeinflusst?</li> <li>- Was empfinden Pflegeheimleitungen als relevante Hindernisse für ein effektives Schmerzmanagement bei dieser Population?</li> <li>- Haben sie Schulungen oder</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mixed Methods (quantitative und qualitative)</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Querschnittsstudie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegeheimleitungen, die mit Menschen mit einer Demenz arbeiten</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Von den 253 in Nordirland existierenden Pflegeheimen nehmen 9 an einer anderen Studie teil, die den Fragebogen testen soll.</li> <li>- 244 dienen als Stichprobe für diese Studie</li> <li>- 96 haben den Fragebogen ausgefüllt (39.3 %)</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobenwahl wird nicht begründet.</li> <li>- Die Fragebögen wurden im März 2010 erstmalig versendet und im April ein zweites Mal, um die Antwortquote zu erhöhen, dazu gehörten auch ein Brief und ein vorbereitetes Rücksendecouvert.</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einmalige Datenerhebung</li> </ul> <p><b>Messverfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen besteht aus 6 Bereichen.</li> <li>- Es handelt sich um Ja/Nein Antworten, Auswahlkästchen, freie Antworten und 5-Punkte-Likert-Skalen.</li> <li>- Die Aussagen von Bereich C und E stützen sich auf eine Literaturrecherche.</li> <li>- Der Fragebogen stützt sich auf den BMQ.</li> <li>- Fokus des Fragebogens: Zeit seit</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <p><b>Demografische Daten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 95.8 % der Pflegeheime hatte demente Bewohnerinnen oder Bewohner.</li> <li>- 60.4 % der Institutionen verwendeten Richtlinien zur Schmerzbehandlung.</li> <li>- 63.5 % der Befragten haben kürzlich kein Training bezüglich Schmerzen bei Demenz erhalten.</li> </ul> <p><b>Training und Bildung bezüglich Schmerzen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interesse, mehr über Schmerzassessment und die Pflege am Lebensende bei Betroffenen von Demenz, dem Schmerzmanagement mithilfe von Opioiden und alternative Schmerzbehandlungen zu lernen, wurde geäußert.</li> </ul> <p><b>Erfahrung mit Schmerzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegeheimleitungen mit mehr Pflegeerfahrung mit Betroffenen von Demenz waren mit der Aussage, dass Schmerzen eine natürliche Folge vom Altern sind, eher nicht einverstanden als solche mit weniger Erfahrung.</li> <li>- 88.5 % haben erkannt, dass demente Menschen, die Schmerzen haben, ein verändertes Verhalten haben.</li> <li>- 57.3% glaubten, dass sich das Schmerzmanagement zwischen Menschen mit und ohne kognitive Einschränkungen nicht unterscheidet.</li> </ul> <p><b>Schmerzassessment:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8.3 % glaubten, dass Menschen mit Demenz fähig sind genaue Angaben zu ihren Schmerzen zu machen.</li> <li>- Die Teilnehmenden waren sich unsicher, ob für kognitiv intakte und kognitiv eingeschränkte</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Verhaltensänderungen wird eher von einem Infekt als von Schmerzen ausgegangen.</li> <li>- Unsicherheiten bezüglich Schmerzassessmentinstrumenten könnten daraus resultieren, dass viele Teilnehmende keinen Richtlinien folgten.</li> </ul> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedarf an definierten Richtlinien und Trainingseinheiten für das Pflegepersonal besteht.</li> <li>- Richtlinien wären online einfach zu erreichen, Pflegeheime müssen aber vermutlich vermehrt auf diese Ressource aufmerksam gemacht werden.</li> <li>- Opiode werden vor allem aus Angst vor Nebenwirkungen zu wenig eingesetzt.</li> <li>- Das Land, in welchem die Ausbildung gemacht wird, hat einen Einfluss auf die Opioidgabe.</li> </ul> <p><b>Erreichen des Forschungsziels:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Forschungsziel wird erreicht.</li> </ul> <p><b>Beantworten der Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschungsfragen werden beantwortet.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote beeinflusst sein.</li> <li>- Der Fragebogen wurde nicht offiziell validiert, dafür wurde eine Pilotstudie durchgeführt.</li> <li>- Der Fragebogen könnte unkorrekte Antworten enthalten, indem die Teilnehmenden diese nach ihren gewünschten Vorstellungen angepasst haben.</li> <li>- Der Chi-Quadrat-Test war aufgrund der kleinen Stichprobe schwierig anzuwenden, weshalb auf den exakten Test nach Fisher ausgewichen wurde.</li> </ul> <p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Unterschied zu früheren Studien zeigt diese keine statistisch signifikante Beziehung zwischen</li> </ul>

<p>Trainings zu diesem Thema erhalten? Was für eine Art von Training wünschen sie sich für die Zukunft?</p> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgrund von Wissensdefiziten äussern Pflegepersonen oft Unsicherheiten im Umgang und in der Behandlung von dementen Menschen, die unter Schmerzen leiden.</li> <li>- Die Pflegeheimleitung trägt die Verantwortung, dass das Personal mit genügend Wissen und Fähigkeiten ausgestattet ist, um eine professionelle Pflege zu gewährleisten.</li> </ul>	<p>Ausbildungsabschluss, Ausbildungsland und -art, Regelung der Pflege von dementen Menschen in der Institution, Länge dieser Regelung, Einsatz von Richtlinien zur Schmerzbehandlung und Erhalt von Training zum Thema Schmerz im vergangenen Jahr</p> <p><b>Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Interventionen</li> </ul> <p><b>Quantitativer Anteil:</b></p> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordinalniveau</li> </ul> <p><b>Statistische Verfahren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PASW Statistik Version 18.0</li> <li>- Mittelwerte wurden ausgerechnet (Werte 1-5)</li> <li>- Ein Chi-Quadrat-Test und ein exakter Test nach Fisher wurden durchgeführt, um Unterschiede zwischen den Faktoren Zeit seit Qualifikation, Ausbildungsland, Ausbildungsart, Pflegeheimmassnahmen zur Pflege bei Demenz, Erfahrung mit Menschen und Demenz, Gebrauch von Schmerzbehandlungsrichtlinien und Trainingsstand der Pflegeheimleitungen zu ermitteln.</li> <li>- Diese Faktoren wurden gewählt, weil frühere Studien gezeigt haben, dass diese das Wissen über Schmerzen von Pflegepersonen beeinflussen.</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.</li> </ul> <p><b>Qualitativer Anteil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Antworten wurden im MS Word festgehalten und mittels Inhaltsanalyse qualitativ analysiert, keine genauere Begründung oder Erklärung.</li> <li>- Die Forschenden nehmen keine Stellung zur Qualität der Datenanalyse</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine ethisch relevanten Fragen werden diskutiert</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Erlaubnis der Ethikkommission wurde eingeholt.</li> </ul>	<p>Menschen die gleichen Schmerzassessmentinstrumente angewendet werden können.</p> <p><b>Management und Behandlung von Schmerzen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 79.2 % sind nicht damit einverstanden, dass eine optimale Schmerzbehandlung gewährleistet ist, wenn Analgetika nur bei Bedarf gegeben werden.</li> <li>- Vor allem Teilnehmende mit weniger Berufserfahrung und die kürzlich keine Schulung zum Thema Schmerz hatten, fühlten sich im Umgang mit Opioiden noch unsicher.</li> <li>- 53.1 % sind der Meinung, dass nicht-pharmakologische Methoden für die beschriebene Population sehr hilfreich sind.</li> </ul> <p><b>Hindernisse für ein gutes Schmerzmanagement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwierigkeit, genaue Beschreibung der Schmerzen von den Betroffenen zu erhalten</li> <li>- Wissensdefizite des Personals bezüglich Schmerzmanagement bei Betroffenen von Demenz</li> <li>- Fehlen von standardisierten Vorgehensweisen für die Schmerzbehandlung bei den Betroffenen</li> <li>- Personal- und Zeitmangel</li> <li>- Wissensdefizite bei den Hausärztinnen und -ärzten</li> </ul> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind verständlich in Form von Tabellen und Diagrammen präsentiert.</li> <li>- Es werden keine Zitate verwendet.</li> </ul>	<p>Wissen und Zeit seit Ausbildungsabschluss oder Ausbildungslevel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie frühere Studien bereits gezeigt haben, scheinen Erfahrung und Training einen positiven Effekt auf das Schmerzmanagement zu haben.</li> </ul> <p><b>Implikationen:</b></p> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trainings</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktoren erforschen, welche die Verschreibung von Analgetika an diese Population beeinflussen</li> <li>- Erforschen, ob die Verschreibung von Analgetika von den Hausärztinnen und -ärzten genügend ist</li> </ul>
--	--	---	---

**Würdigung der Studie:** An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Berufspraxis, da sie Einstellungen, Haltungen und das Wissen der Pflegeleitungen erforscht. Fehlt es bereits in der Leitung an Wissen/Haltung zum Thema Schmerzen bei Demenz, ist eine valide Schmerzerfassung durch das Team eher unwahrscheinlich. Aus den Ergebnissen der Studie lassen sich Schlüsse ziehen, welche Voraussetzungen durch die Leitung erfüllt werden müssen, damit Schmerzassessments valide durchgeführt werden.</li> <li>- Das Problem wird logisch und klar beschrieben, dadurch wird die Signifikanz aufgezeigt.</li> </ul> <p><b>Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschungsfragen, sowie das Forschungsziel sind klar und explizit definiert.</li> <li>- Es wird keine Hypothese aufgestellt.</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Thema wird logisch mit vorhandener Literatur eingeführt und begründet.</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es handelt sich vermutlich um eine Querschnittstudie, da es eine nicht-experimentelle Studie ist und die Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt einmalig untersucht werden.</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der internen Validität werden kontrolliert, indem alle Teilnehmenden den gleichen Fragebogen ausfüllen.</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote beeinflusst sein.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobenziehung ist angebracht, da sie randomisiert ist.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität der Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse können auf Pflegeheime in Irland übertragen werden. Es ist nicht klar, inwiefern sie auf andere Länder übertragen werden können.</li> <li>- Die Teilnehmenden sind ausreichend beschrieben.</li> <li>- Das Setting wird nur kurz beschrieben.</li> <li>- Die Teilnehmenden sind geeignet, da sie eine direkte Verbindung zur Forschungsfrage darstellen.</li> <li>- Die Teilnehmenden wissen vermutlich durch den Fragebogen, was untersucht wird.</li> </ul> <p><b>Stichprobengrösse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trotz der tiefen Antwortrate ist die Stichprobengrösse angemessen.</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht vorhanden</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Drop-Outs beschrieben.</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist für die Fragestellungen nachvollziehbar und die Vorgehensweise ist klar beschrieben.</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen wird nicht als Ganzes dargestellt.</li> <li>- Alle Teilnehmenden füllen den gleichen Fragebogen aus, diese sind alle komplett.</li> <li>- Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben und Verhalten.</li> <li>- Die Datensättigung wird nicht diskutiert.</li> <li>- Die Teilnahme war vermutlich freiwillig, dies wird aber nicht explizit genannt.</li> </ul> <p><b>Vollständigkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten sind von allen Teilnehmenden erhoben, die den Fragebogen eingereicht haben (96/244).</li> </ul> <p><b>Reliabilität/Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist nicht ganz klar, ob eine abgeänderte Form des BMQ verwendet wird.</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind präzise.</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Tabellen sind präzise, vollständig und eine Ergänzung zum Text</li> <li>- Die Ergebnisse werden in Zahlen ausgedrückt, wodurch eine qualitative Würdigung der Ergebnisse nicht möglich ist.</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden alle Resultate diskutiert.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</li> </ul> <p><b>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird Bezug auf alle Forschungsfragen genommen.</li> <li>- Es wird mit anderen Studien verglichen.</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternative Erklärungen werden gesucht.</li> <li>- Die Interpretationen helfen für das bessere Verstehen der untersuchten Bereiche.</li> <li>- Die Relevanz für die Pflege wird nicht explizit diskutiert, ist aber ersichtlich.</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie ist sinnvoll und Limitationen werden aufgezeigt.</li> <li>- Die Ergebnisse zeigen Ähnlichkeiten mit einer anderen Studie, wodurch angenommen werden kann, dass die Ergebnisse auf andere europäische Länder übertragbar sind.</li> <li>- Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie.</li> <li>- Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen weisen einen Nutzen für die Praxis und für weitere Forschung auf.</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es könnten mehr Trainings in der Praxis durchgeführt werden, sofern die Ressourcen vorhanden sind.</li> </ul> <p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie könnte auch in anderen klinischen Settings, wie zum Beispiel in Spitälern, durchgeführt werden.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der BMQ selber wird in einer anderen Studie als reliabel und valide beschrieben.</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Auswahl des Fragebogens wird nicht begründet.</li> </ul> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind keine Einflüsse genannt.</li> </ul> <p><b>Quantitativ:</b></p> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Verfahren der Datenanalyse werden genau beschrieben.</li> <li>- Die Resultate der Tests werden nicht explizit dargestellt und sind daher nicht beurteilbar.</li> </ul> <p><b>Sinnvolle Verfahren passend zum Datenniveau?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der exakte Test nach Fisher ist sinnvoll, da Häufigkeiten verglichen werden und weniger als sechs Häufigkeiten erwartet werden.</li> <li>- Der Chi-Quadrat-Test wurde sinnvoll eingesetzt, um zu sehen, ob sich die festgestellten Häufigkeiten von den zufallsbedingten Häufigkeiten unterscheiden.</li> <li>- Der Chi-Quadrat-Test entspricht dem Ordinalniveau.</li> </ul> <p><b>Höhe Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Signifikanzniveau ist nicht definiert und daher nicht nachvollziehbar.</li> </ul> <p><b>Qualitativ:</b></p> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenanalyse ist nur sehr kurz beschrieben und daher nicht vollständig nachvollziehbar.</li> <li>- Die Inhaltsanalyse wird erwähnt und ist sinnvoll, um die qualitativen Daten auszuwerten.</li> <li>- Es werden keine Referenzierungen gemacht.</li> <li>- Die analytischen Schritte werden nicht genau beschrieben.</li> <li>- Die Datenanalyse ist nicht präzise beschrieben und daher nicht beurteilbar.</li> <li>- Die Glaubwürdigkeit der qualitativen Analyse kann nicht sichergestellt werden.</li> <li>- Analytische Entscheidungen sind nicht dokumentiert und nicht überprüfbar.</li> </ul> <p><b>Methodologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der philosophische Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt.</li> <li>- Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein.</li> <li>- Die Methode ist für die Fragestellungen geeignet.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben, um welche Ethikkommission es sich handelt.</li> <li>- Weitere ethische Fragen müssen nicht diskutiert werden.</li> </ul>		
--	---	--	--



### **Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):**

#### **Objektivität:**

Alle Teilnehmenden füllten einen identischen Fragebogen aus, damit die Objektivität gewährleistet ist. Zudem deutet nichts darauf hin, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben. Der Studienablauf ist nachvollziehbar, der Fragebogen wird jedoch nicht als Ganzes dargestellt.

#### **Reliabilität:**

Das Messinstrument der Studie ist klar definiert. Die Entstehung des Messinstruments bleibt aber etwas unklar. Die Zuverlässigkeit des Messinstruments kann somit nicht komplett überprüft werden. Es werden keine vertieften Angaben zur qualitativen Datenanalyse gemacht. Die Resultate der quantitativen Tests werden nicht aufgezeigt. Durch diese fehlenden Informationen kann nicht vollständig beurteilt werden, ob die Resultate signifikant sind.

#### **Validität:**

Das Studiendesign ist nicht beschrieben. Die interne Validität wird gewährleistet, indem der Fragebogen zu den Forschungsfragen passt. Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote beeinflusst sein.

#### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Stufe 6 auf der 6S Pyramide

## Anhang C2: Burns & McIlfratrick. (2015a)

### Zusammenfassung der Studie: Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 % der alten Menschen leiden an einer Demenz-Form.</li> <li>- Herausfordernd für Pflegeheime ist, durch effektives Symptommanagement gute Pflege zu leisten.</li> <li>- Alte Menschen leiden oft unter Schmerzen.</li> <li>- Durch eine Demenz verschwindet die Fähigkeit, Schmerzen zu melden.</li> <li>- Schmerzen bleiben unentdeckt und werden ungenügend oder falsch (Psychopharmaka anstatt Analgetika) behandelt.</li> <li>- Schmerz beeinflusst Lebensqualität, kann Depressionen, Angst, Aggressionen usw. auslösen.</li> <li>- Schmerzerkennung bei Demenz ist die Aufgabe der Pflegefachpersonen.</li> <li>- Es gibt diverse spezifische Assessmentinstrumente für Demenz.</li> <li>- Spezifisches Wissen und Fähigkeiten sind nötig, laut Studien sind diese ungenügend vorhanden.</li> </ul> <p><b>Forschungsziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziel ist es, Wissen und Einstellungen von Pflegefachpersonen zum Schmerzassessment bei Menschen mit einer Demenz</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mixed Methods</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Querschnittsstudie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen mit Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 96 registrierte Pflegefachpersonen erhielten einen Fragebogen, 32 füllten ihn aus und dienten als Stichprobe.</li> <li>- 17 verschiedene Pflegeheime in Grossbritannien</li> <li>- Einschlusskriterien: mindestens 6 monatiges Arbeitsverhältnis im Pflegeheim, reguläre Betreuungsaufgabe von Menschen mit Demenz</li> <li>- Ausschlusskriterien: Pflegeheimleitung, temporäre Pflegefachpersonen und Pflegefachpersonen mit Anstellung auf Lernschwäche-Abteilungen</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufruf durch Austeilung von Fragebogen durch leitende Pflegefachpersonen in den Heimen</li> <li>- Gezielte, Gelegenheitsstichprobe, da die Teilnahme freiwillig war</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dreiteiliger Fragebogen, übernommen von einer vorhergehenden Studie</li> <li>- Teil A befasst sich mit demografischen und generellen Informationen zum Schmerzassessment im Pflegeheim.</li> <li>- Teil B enthält 27 Statements, in 4 Teile gegliedert, die verschiedene Aspekte beim Schmerzassessment bei Demenz beleuchten.</li> <li>- Teil C Katalog aus offenen Fragen um den Ausbildungsstand und Bereiche mit Wissensdefiziten zu ermitteln.</li> <li>- Es wird beschrieben, dass eine Überprüfung des Fragebogens in der vorhergehenden Studie durchgeführt worden war.</li> <li>- Bestätigung der Durchführbarkeit durch Pilotstudie (vier</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <p><b>Vorhandensein von Schmerzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 % sagten, dass Schmerzen keine natürlichen Konsequenzen vom Alter sind (nicht signifikant).</li> <li>- Viele meinten, dass Demenz den körperlichen Prozess vom Schmerz n=23) und dessen Wahrnehmung (n=12) verändert.</li> <li>- Verhaltensänderung wurde als klares Zeichen für Schmerzpräsenz gesehen (n=29).</li> <li>- Darüber, ob Menschen mit einer Demenz eher unter Schmerzen leiden als kognitiv intakte Personen, gab es Meinungsverschiedenheiten.</li> </ul> <p><b>Schmerzassessment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die meisten erkannten, dass Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz erschwert ist (n=29).</li> <li>- Die Mehrheit sagte, Menschen mit einer Demenz können keinen genauen Selbstrapport mehr abgeben (n=25).</li> <li>- Die Mehrheit (n=27) kannte spezifische Schmerzassessmentinstrumente, jedoch wurden sie in einigen Altersheimen nicht regulär genutzt (n=6).</li> <li>- Es gab Unstimmigkeiten darüber, ob Schmerzassessmentinstrumente für kognitiv intakte Menschen auch bei Personen mit einer Demenz eingesetzt werden können (N=8).</li> <li>- Die Abbey Skala wurde am häufigsten als spezifisches Assessmentinstrument eingesetzt.</li> <li>- Die Wichtigkeit, körperliche Indikatoren, Familien und Pflegenden Rapporte n=28) ins Schmerzassessment miteinzubeziehen wurde erkannt.</li> </ul> <p><b>Schmerzmanagement und Behandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sei wichtig, mit Schmerzen bei Menschen mit Demenz anders umzugehen als bei kognitiv intakten Menschen (n=29).</li> <li>- Schmerzbehandlung sollte nach einer schrittweisen Methode ablaufen (n=28).</li> <li>- Ein Drittel (31.3 %) war unsicher, ob mit den</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen hatten einen guten Wissensstand zum Schmerzassessment und Management bei Menschen mit Demenz.</li> <li>- Defizite konnten bei den Themen Schmerzmittelwahl, Sicherheit im Opioidgebrauch bei Demenz und Gebrauch von passenden Schmerzassessmentinstrumenten bei Demenz ausgemacht werden.</li> <li>- Diese Themen erfassten bereits andere Studien und empfahlen klare Führung und Training für Pflegefachpersonen, die sich um Menschen mit Demenz kümmern.</li> <li>- Barrieren sind zu wenig interdisziplinärer Support und Kommunikation.</li> <li>- Resultate zeigen, dass Pflegefachpersonen auch Verhaltensveränderungen (z. B. Agitation, Appetitverlust usw.) ins Schmerzassessment miteinbeziehen.</li> <li>- Obwohl Pflegefachpersonen wissen, dass Schmerzassessment wichtig ist, sind Unsicherheit beim Entscheid zwischen Schmerzen und anderen Problemen (z. B. Delir) Hindernisse.</li> <li>- Schmerzassessmentinstrumente wurden nicht regulär genutzt, dies bestätigen andere Studien.</li> <li>- Pflegefachpersonen in dieser Studie sowie auch in anderen wünschen bessere Zugänglichkeit für Schmerzassessmentinstrumente in der Praxis. Sowie Trainings und Bildung über den praktischen Gebrauch und evidenzbasierte Richtlinien.</li> <li>- Barrieren für effektives Schmerzmanagement: Zeitdruck,</li> </ul>

<p>in Pflegeheimen zu untersuchen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Hauptziel wurde in Teilziele unterteilt:</li> <li>- Erforschen des Wissens, über das Pflegefachpersonen, über Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz, verfügen.</li> <li>- Untersuchen von Faktoren, die das Wissen und die Einstellungen gegenüber Schmerzassessment beeinflussen könnten.</li> <li>- Ausbildungsstand und das Wissenslevel von Pflegefachpersonen in Schmerz und Demenz erforschen.</li> <li>- Barrieren für effektives Schmerzassessment identifizieren.</li> </ul> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laut Studien haben Pflegefachpersonen Wissensdefizite im Assessment und Management von Schmerzen bei Demenz und sind zu wenig trainiert bei der Anwendung. Beides ist wichtig um Schmerzen bei Menschen mit Demenz zu erkennen.</li> </ul>	<p>wöchig)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einreichung der Fragebögen in Rücksendecouverts</li> <li>- Wöchentlicher Erinnerungsanruf an die Pflegeheime</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einmalig, während vier Wochen</li> </ul> <p><b>Messverfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datenerhebung mittels Fragebögen, keine Begründung</li> <li>- Mit dem Fragebogen sollten Informationen zum Wissens- und Trainingsstand der Pflegefachpersonen bezüglich Schmerzerfassung und Management bei Menschen mit einer Demenz erhoben werden.</li> <li>- Überprüfung des Fragebogens hat in der vorhergehenden Studie stattgefunden.</li> </ul> <p><b>Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine</li> </ul> <p><b>Quantitativer Anteil:</b></p> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unabhängige Variablen: Alter, Erfahrung in Jahren, Arbeitsjahre im Pflegeheim</li> <li>- Ordinalniveau</li> </ul> <p><b>Statistische Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPSS Version 22 wurde zur Datencodierung und Speicherung verwendet</li> <li>- Non-parametrische Statistik Kreuztabellierung/Crosstabulations</li> <li>- Ermittelten Verbindungen zwischen den unabhängigen Variablen Alter, Jahre an Erfahrung, Anzahl Arbeitsjahre im Setting Pflegeheim</li> <li>- Kruskal-Wallis und Mann-Whitney Test</li> <li>- Ermittelten Unterschiede in den Bereichen Ort der Ausbildung, Training, Erfahrung und Gebrauch von Schmerzrichtlinien.</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.</li> </ul> <p><b>Qualitativer Anteil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die erhobenen Daten durch offene Fragen wurden durch Inhaltsanalyse analysiert. Danach wurden durch die thematische Analyse Überthemen generalisiert.</li> <li>- Keine weiteren Informationen werden angegeben.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine ethisch relevanten Fragen werden diskutiert</li> <li>- Der Fragebogen stellte Anonymität und Vertraulichkeit sicher. Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gaben Teilnehmende durch das Vervollständigen des Fragebogens und dessen Einreichung.</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Genehmigung zur Studie wurde durch das Ethikkomitee der regionalen Universität gegeben.</li> </ul>	<p>regulären Schmerzmitteln eine ausreichende Schmerzlinderung erreicht wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unsicherheit beim Gebrauch von Opioiden, da Ängste bezüglich höheren Risiken für Nebenwirkungen und Abhängigkeit bei Demenz vorhanden waren.</li> <li>- Pflegefachpersonen ohne Weiterbildung in den letzten zwei vergangenen Jahren waren weniger sicher im Schmerzassessment und Management bei Menschen mit einer Demenz (<math>p=0.065</math>, nicht signifikant).</li> <li>- Pflegefachpersonen mit abgeschlossener Ausbildung in Australien (<math>n=2</math>) und Grossbritannien (<math>n=12</math>) erreichten in der Auswertung das optimale Schmerzmanagement am nächsten.</li> <li>- Es wurde bestätigt (<math>n=29</math>), dass auch nichtmedikamentöse Schmerzbehandlungsmethoden bei Menschen mit Demenz hilfreich sind.</li> </ul> <p><b>Barrieren für eine optimale Schmerzbehandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlechte Besetzung (<math>n=29</math>)</li> <li>- wenig Zeit (<math>n=26</math>)</li> <li>- Verweigerung der Medikation, Menschen mit Demenz verstehen den Grund für die Schmerzbehandlung nicht</li> <li>- Ungenügende Unterstützung durch die Hausärztinnen und Hausärzte, es gibt Schmerzmittelaufschübe.</li> </ul> <p><b>Training und Bildung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viele Pflegefachpersonen (<math>n=20</math>) hatten Training in Bezug zu Menschen mit einer Demenz.</li> <li>- Pflegefachpersonen mit Training erreichten ein höheres Abschlussresultat als die ohne Training (<math>p=0.039</math>, signifikant).</li> <li>- Von Pflegefachpersonal ohne Training wurden Vorträge (26.6 %), Studententage (25 %) und Fernunterricht (16.7 %) als effektive Lernmethoden identifiziert.</li> <li>- Schmerzmanagement bei Demenz am Lebensende, Wissen in der Schmerzmittelwahl, und besseres Verständnis der Schmerzassessmentinstrumente wären geeignete Schulungsthemen.</li> </ul> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse werden verständlich in Form von Tabellen und Grafiken dargestellt.</li> </ul>	<p>Personalmangel und hoher Arbeitsdruck</p> <p><b>Erreichen des Forschungsziels:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konnten beantwortet werden.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen könnten die Fragebögen nach Best-Practice ausgefüllt haben und nicht danach, wie sie normalerweise handeln.</li> <li>- Geringe Teilnahmequote. Die Resultate der Studie stimmen aber mit anderen Forschungsergebnissen überein.</li> <li>- Der verwendete Fragebogen ist nicht noch einmal geprüft worden (Reliabilität).</li> </ul> <p><b>Vergleich mit anderen Studien:</b></p> <p>Die Ergebnisse wurden mit sehr vielen verschiedenen Studien verglichen.</p> <p><b>Implikationen:</b></p> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukationsprogramme müssen flexibel aufgebaut und an das Langzeitpflegesetting angepasst sein</li> <li>- Um Schmerzassessment und Management zu verbessern, benötigt es Weiterbildungsprogramme.</li> <li>- Verhaltensänderungen bei Menschen mit Demenz müssen in Schmerzassessment miteinbezogen werden.</li> <li>- Spezifisch für Pflegefachpersonen in der Betreuung von Menschen mit Demenz.</li> <li>- Es gibt Wissensdefizite in den Bereichen: Gebrauch von Schmerzassessmentinstrumenten und optimale Schmerzbehandlung bei Menschen mit Demenz.</li> <li>- Barrieren für effizientes Schmerzassessment sind: Zeitmangel, Personalmangel und Arbeitsdruck.</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere Forschung ist nötig im Bereich Kommunikation und Koordination zwischen Pflegefachpersonen im Langzeitbereich.</li> </ul>
---	--	---	--

**Würdigung der Studie:** Nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment for people with dementia in a nursing home setting

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Berufspraxis, da sie das Wissen/Training der Pflegefachpersonen zum Schmerzassessment überprüft. Ein guter Wissens- und Trainingsstand im Schmerzassessment könnte Voraussetzung für eine valide Schmerzerfassung sein, was der Frage unserer Bachelorarbeit entspricht.</li> </ul> <p><b>Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist durch die Unterteilung in Teilziele präzise und verständlich.</li> <li>- Hypothesen wurden keine formuliert.</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Thema wird mit empirischer und konzeptioneller Literatur untermauert. Epidemiologische Daten werden nur einmal angegeben.</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Design der Studie ist ein nicht-experimentelles Forschungsdesign. Sie dienen zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen), die natürlich vorkommen.</li> <li>- Übergruppe Entwicklungsstudien,</li> <li>- deskriptive Querschnittsstudie, da Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Stichprobe gesammelt wurden</li> <li>- Das Forschungsdesign ist nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema nachvollziehbar.</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der internen Validität werden kontrolliert, indem alle den gleichen Fragebogen ausfüllen.</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist für eine quantitative Datenerhebung mit 32 Teilnehmenden sehr gering und gefährdet die externe Validität.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-probabilistische Stichproben sind für quantitative Studien geeignet, aber weniger repräsentativ wie probabilistische Stichproben.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist übertragbar auf Pflegepersonen, die mit dementen Menschen arbeiten.</li> </ul> <p><b>Stichprobengröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichprobengröße von 32 Teilnehmenden ist nicht begründet</li> <li>- Stichprobengrößen sind nicht festgelegt, grundsätzlich gilt, umso grösser desto besser.</li> <li>- Die Stichprobengröße wird als angemessen beurteilt.</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine effektiven Drop-Outs beschrieben, es wird nur erwähnt, dass 32/96 verteilter Fragebogen eingereicht wurden.</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist nachvollziehbar, das Vorgehen wurde beschrieben und der Inhalt der Fragebogen ist in Tabellen veranschaulicht.</li> <li>- Mit der Datenerhebung kann das Forschungsziel erreicht werden</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich, gleicher Fragebogen wird eigenverantwortlich ausgefüllt.</li> </ul> <p><b>Vollständigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten sind von allen Teilnehmenden erhoben, die den Fragebogen eingereicht haben (32/96).</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden alle Resultate diskutiert.</li> <li>- Die Ergebnisse sind ausführlich und präzise.</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergänzend zum Text wurden Tabellen und Grafiken eingesetzt.</li> <li>- Sie erscheinen präzise und vollständig.</li> <li>- Sie ergänzen den Text.</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Es werden alle Resultate diskutiert.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</li> </ul> <p><b>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird Bezug auf alle Forschungsfragen genommen.</li> <li>- Es wird mit anderen Studien verglichen.</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Die Interpretationen helfen für das bessere Verständnis der untersuchten Bereiche.</li> <li>-Die Relevanz für die Pflege wird diskutiert.</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interessante Ergebnisse werden aufgezeigt, was die Studie sinnvoll für die Praxis macht</li> <li>- Schwächen und Limitationen werden begründet.</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Überarbeitung von Schulungen</li> <li>- Generieren von Weiterbildungsprogrammen</li> <li>- Vermehrte Durchführung von Schulungen/Training</li> <li>- Ausbau von Ressourcen</li> </ul> <p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie wäre auch zur Durchführung in anderen Settings geeignet.</li> </ul>

	<p><b>Reliabilität</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen wurde in einer früheren Studie entwickelt.</li> <li>- In den Limits wird gesagt, dass keine Reliabilitätsüberprüfung gemacht wurde.</li> </ul> <p><b>Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen wurde in einer früheren Studie entwickelt und getestet, darauf wurde in der Studie vertraut.</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Auswahl des Fragebogens wird nicht begründet.</li> </ul> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind keine Einflüsse/Verzerrungen erwähnt.</li> </ul> <p><b>Quantitativ:</b></p> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenanalyse wird kurz und verständlich beschrieben.</li> <li>- Die Resultate der Tests wurden im Text eingearbeitet und sind somit beurteilbar.</li> </ul> <p><b>Sinnvolle Verfahren passend zum Datenniveau?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-parametrische Statistik erhebt Angaben zum Vergleich von Häufigkeiten</li> <li>- Der Mann-Whitney Test, U-Test ist sinnvoll um Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Variablen zu beurteilen.</li> <li>- Kruskal-Wallis unterscheidet zentrale Tendenzen mehrerer unabhängiger Stichproben</li> <li>- Alle Tests passen zum Ordinalniveau.</li> </ul> <p><b>Höhe Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird kein Signifikanzniveau festgelegt und ist daher nicht nachvollziehbar.</li> <li>- Ein bedeutsamer Unterschied wird international bei der Grenze <math>P &lt; 0.05</math> als signifikant festgelegt (Mayer, 2011).</li> </ul> <p><b>Qualitativ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenanalyse ist nur kurz beschrieben und daher nicht vollständig nachvollziehbar.</li> <li>- Eine Inhaltsanalyse wurde durchgeführt, diese ist sinnvoll bei qualitativen Daten.</li> <li>- Die Analyse wurde nicht dokumentiert und ist somit nicht überprüfbar.</li> <li>- Referenzierungen werden keine gemacht.</li> <li>- Die Glaubwürdigkeit der qualitativen Analyse ist nicht gegeben.</li> </ul> <p><b>Methodologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Philosophischer Hintergrund und Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt</li> <li>- Methodisches Vorgehen und gewählter Forschungsansatz stimmen überein</li> <li>- Die Methode ist für die Zielsetzungen geeignet.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine ethisch relevanten Fragen diskutiert.</li> </ul>		
--	---	--	--

#### **Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):**

##### **Objektivität:**

Ein identischer Fragebogen wird durch alle Teilnehmenden ausgefüllt, damit ist die Objektivität gewährleistet. Es wird als unwahrscheinlich eingeschätzt, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben.

##### **Reliabilität:**

Das Messinstrument der Studie ist klar definiert und beschrieben. Es wurde von einer vorhergehenden Studie übernommen und nicht mehr überprüft. So können keine Angaben zur Zuverlässigkeit des Instruments gemacht werden. Es werden keine vertieften Angaben zur qualitativen Datenanalyse gemacht. Die Resultate der quantitativen Analysen werden nicht eigenständig aufgezeigt. Eine Beurteilung, ob die Resultate signifikant sind, ist nicht vollständig möglich.

##### **Validität:**

Das Studiendesign ist beschrieben. Das Studiendesign ist passend zu den Studienzielen. Die Methode ist gering beschrieben. Die interne Validität wird gewährleistet, indem der Fragebogen zu den Forschungsfragen passt und zum Erreichen des Forschungsziels führt. Der Vergleich der Resultate mit früheren Studien-Ergebnissen und Vorschläge für zukünftige Studien stellt die externe Validität sicher. Die externe Validität könnte durch die tiefe Antwortquote beeinflusst sein.

##### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Stufe 6 auf der 6S Pyramide

## Anhang C3: De Witt Jansen et al. (2017)

**Zusammenfassung der Studie:** Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rollenwahrnehmung und Erfahrungen/Ansichten von PAs zum Schmerzassessment und Management bei Menschen mit einer Demenz am Lebensende</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzerkennung und Assessment bei Demenz ist herausfordernd, vor allem wenn im fortgeschrittenen Stadium die Fähigkeiten zur Selbstäußerung verschwinden. → Das Risiko für eine ungenügende Schmerzbehandlung steigt.</li> <li>- Pflegefachpersonen müssen Schmerzen dann durch Verhaltensbeobachtung erkennen → dafür gibt es bSAI</li> <li>- Schmerzassessmentinstrumente bringen Schwierigkeiten mit sich (z. B. Unterscheidung zwischen Indikatoren für Schmerzen und Indizien für z. B. Hunger, Langeweile usw.) → Assessmentresultate müssen im Kontext aller Bewohnerinnen-/Bewohnerinformationen beurteilt werden.</li> <li>- Detaillierte Kenntnisse über die Bewohnerinnen und Bewohner sind dafür nötig.</li> <li>- Diese haben PAs, da sie mehr Zeit mit Bewohnerinnen und Bewohnern verbringen als andere Pflegepersonen → ihnen</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitative Studie</li> <li>- Erklärung/Begründung/weitere Informationen: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zum Design sind keine Angaben vorhanden</li> <li>- Erklärung/Begründung/weitere Informationen: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Halbstandardisierte (semistrukturierte) persönliche Einzelinterviews (Experteninterviews)</li> <li>- Erklärung/Begründung/weitere Informationen: Die Datenerhebungsmethode ermöglicht den Studienteilnehmenden ihre Erfahrungen und Ansichten frei zu teilen. Auch abweichende, aber im Zusammenhang mit Schmerzassessment und -management stehende Themen, können erfasst werden.</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegeassistenten mit Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz am Lebensende</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 PAs aus Nordirland aus den Bereichen Hospizdienst, Sekundärversorgung, Pflegeheim und Akutpflege (systematisch ausgewählt, nach Alter, der Bildung und der Pflegeerfahrung sollte eine möglichst grosse Diversität erreicht werden)</li> <li>- Keine weiteren Informationen wurden angegeben.</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztinnen und Ärzte der Akutpflege, Hospizdirektorinnen und -direktoren und Pflegeheimleitungen gaben die Studieninformationen (Begleitbrief, Teilnahmeinformationsblatt und Kontakt und Einverständnisbogen) an PAs ab.</li> <li>- Gezielte, non-probabilistische Stichprobe (Gelegenheitsstichprobe), freiwillige Teilnahme</li> </ul>	<p><b>Schmerzerkennung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzerkennung ist ein Schlüsselpunkt in der Pflege.</li> <li>- Beobachten sei grundlegend bei Menschen mit eingeschränkten Selbstäußerungsfähigkeiten.</li> <li>- PAs beobachten Verhalten und nonverbale Ausdrucksweisen während der Pflege, interpretieren mögliche Schmerzindikatoren, Stress oder Gesundheitsverschlechterung.</li> <li>- Nur wenige gaben Schwierigkeiten beim Erkennen von Schmerzen an.</li> </ul> <p><b>Wissen über die Betroffenen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAs kennen alle Vorlieben, Gewohnheiten, normale Verhaltensweisen usw. der Bewohnerinnen und Bewohner.</li> <li>→ Veränderungen in diesen Bereichen sind Warnzeichen für akute Erkrankungen, Schmerzen oder eine Verschlechterung der Gesundheit.</li> </ul> <p><b>Beobachtung und Interpretation von verhaltensbasierten und nonverbalen Indikatoren von Schmerz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnehmende PAs mussten keine Assessmentinstrumente anwenden und kannten deren Inhalt nicht.</li> <li>- Beobachtungsschwerpunkte der PAs bezüglich möglicher Schmerzen überschnitten sich aber mit den Inhalten von standardisierten Assessmentinstrumenten.</li> <li>- Lernen, Schmerzäußerungen bei Menschen mit einer Demenz zu erkennen und zu interpretieren sei wichtig, aber bei Neueintritten schwierig, - Hilfreich dabei sind Übergaberapporte und Informationen von Angehörigen.</li> <li>- 3 PAs füllten die Abbey Pain Skala mit Pflegefachpersonen aus, dabei konnte erkannt werden, dass sie die Patientinnen und Patienten unterschiedlich gut kennen.</li> <li>- Eine Minderheit fühlte sich zu wenig ausgebildet,</li> </ul>	<p><b>Beurteilung der Ergebnisse durch die Forschenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erste Studie, die Erfahrungen und Rolle der PAs zum Thema Schmerzassessment/-management bei Menschen mit Demenz am Lebensende untersucht.</li> <li>- Studien kamen zum Resultat, dass fehlendes Wissen über das Schmerzerleben bei Menschen mit einer Demenz und ungenügendes Training sowie wenig Kenntnisse beim Erkennen, Erfassen und der Behandlung von Schmerzen haben, zu einem schlechteren Patientinnen- / Patienten- und Angestelltenoutcome führen.</li> </ul> <p><b>Schmerzerkennung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen und PAs haben unterschiedliches Wissen über Bewohnerinnen und Bewohner, dieses kann die Interpretation der Schmerzassessments positiv beeinflussen → Schmerzassessment sollte darum in Zusammenarbeit dieser beiden Berufsgruppen durchgeführt werden.</li> </ul> <p><b>Wissen über den Bewohner/Patient:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAs äussern Schwierigkeiten bei der Schmerzerkennung bei Menschen mit Demenz, die sie nicht gut kennen.</li> <li>- Andere Studien bestätigen dies auch bei Pflegefachpersonen.</li> <li>- In diesem Fall wird empfohlen, Angehörige miteinzubeziehen.</li> </ul> <p><b>Beobachtung und Interpretation von verhaltensbasierten und nonverbalen Indikatoren von Schmerz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unverständnis für das Schmerzerleben von Personen mit Demenz, mangelhafte Ausbildung in Erkennung, Assessment und Management von Schmerzen führen zu schlechteren Patientinnen- und Mitarbeiterresultaten.</li> </ul> <p><b>Positive und negative Arbeitsidentität und Arbeitsbeziehungen, Rapportieren von Schmerzen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gute Beziehungen im Team beeinflussen Pflegequalität und Patientenoutcomes positiv,</li> </ul>

<p>fallen kognitive und Verhaltensänderungen häufig als erstes auf und sie werden dann an Pflegefachpersonen weitergeleitet.</p> <p><b>Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziel der Studie ist es, Erfahrungen und Ansichten von PAs zum Assessment und Management von Schmerzen bei Menschen mit einer Demenz am Lebensende in der Akutpflege, in Hospizen und Pflegeheimen zu erfassen</li> <li>- Weiter soll erforscht werden, welche Rollen PAs dabei einnehmen.</li> </ul> <p><b>Zweck:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieses Forschungsfeld wurde gewählt, um Forschungslücken in einem sehr wichtigen, aber herausfordernden klinischen Setting zu füllen.</li> </ul>	<p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Halbstandardisierte (semistrukturierte) persönliche Einzelinterviews (Experteninterviews)</li> <li>- Interviewfragen wurden nach bearbeiteter Literatur erstellt (10 Fragen)</li> <li>- Verifikation der Interviewfragen durch die Project Management Group (PMG) (Projektleitungsgruppe)</li> <li>- digitale Audioaufnahme</li> <li>- Die Interviews wurden am Arbeitsort in separaten Räumen durchgeführt.</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einmalig, zwischen Juni 2014 und September 2015</li> </ul> <p><b>Verarbeitung der Daten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wörtliche Transkription</li> </ul> <p><b>Diskussion des qualitativen Ansatzes/methodische Vorgehensweise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht diskutiert</li> <li>- Qualitative Studie, Phänomenologie, ein ganzheitliches Verständnis über subjektive Werte und Erfahrungen soll generiert werden</li> <li>- Nicht -experimentelles Forschungsdesign, dient zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen) die natürlich vorkommen</li> <li>- Deskriptive/explorative Übersichtsstudie, soll umfangreiche Informationen zu Phänomenen ermitteln (z. B. Meinungen/Einstellungen), die dann zur Verbesserung/Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden</li> </ul> <p><b>Strategien/Vorgehensweisen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interviewtranskription durch den Hauptautor</li> <li>- Überprüfung der Transkripte durch zwei Mitglieder der PMG, unabhängig voneinander</li> <li>- Datenanalyse mithilfe des Paradigmas nach Braun und Clarke (1996)</li> <li>- Vorgegangen wurde wie folgt: Daten wurden zuerst nach Inhalt codiert und gruppiert, dann wurden Schlagworte gesucht, die den Themeninhalt reflektierten. Ein Vergleich mit den Rohdaten fand ständig statt.</li> <li>- Ergebnisse wurden zweimal im Monat durch PMG diskutiert und überprüft.</li> </ul> <p><b>Qualität Datenanalyse:</b></p> <p>Zur Qualität der Datenanalyse wird keine Stellung genommen.</p>	<p>um verhaltensbasierte und nonverbale Indikatoren von Schmerzen zu erkennen.</p> <p><b>Rapportieren von Schmerzen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle PAs rapportieren Schmerzen an Pflegefachpersonen.</li> <li>- Qualität der Rapporte variierten aufgrund der Arbeitsidentität.</li> <li>- Wertgeschätzte PAs gaben differenzierte Rapporte ab, waren motivierter Schmerzmittelgaben zu überwachen und Reaktionen weiterzuleiten.</li> <li>- 5 PAs gaben schlechte Beziehungen zu Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten an, aufgrund der Hierarchiestufen zwischen den Berufsrollen.</li> <li>- Rapporte über Schmerzen sind hier nicht informativ, oberflächlich.</li> <li>- Ausschluss aus interdisziplinären Treffen frustrierte PAs, Grund für Ausschluss: Vermindertes Ansehen ihrer Berufsausbildung (unqualifiziert).</li> <li>- Sie glauben dadurch Informationen zu verpassen und so schlechtere Pflege leisten zu können, Frustration darüber, ihr Wissen nicht miteinbringen zu können</li> </ul> <p><b>Weiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 13 Teilnehmende gaben Bedarf für Weiterbildungen an.</li> <li>- Ein hoher Pflegestandard ist abhängig vom Wissen, den Fähigkeiten und dem Können, vor allem beim Personal, das viel am Bett arbeitet.</li> <li>- PAs äussern Interesse am Erlernen der Anwendung von einfachen Schmerzassessmentinstrumenten und dem Beobachten von Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen.</li> <li>- Dies würde Rapporte der PAs verbessern, aber auf keinen Fall die Assessments der Pflegefachpersonen ersetzen.</li> <li>- E- Learning Programme wurden als nicht lernfördernd angesehen</li> </ul>	<p>schlechte Teambeziehungen bewirken das Gegenteil.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAs, welche eine gute Beziehung zum Team haben, rapportieren informativer als PAs, die in schlechter Beziehung zum Team stehen.</li> <li>- Negative Beziehungen entstanden durch starke Hierarchien, geringe Wertschätzung und Ausschluss der PAs.</li> <li>- Studien bestätigen, dass die Arbeitsidentität einen grossen Einfluss auf die Patientenbetreuung und deren Resultat hat.</li> <li>- Starke Identifikation zur Eigengruppe - „wir und die Anderen“, kann zu Distanz zwischen Berufsgruppen führen.</li> </ul> <p><b>Weiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weiterbildung wurde von allen als wichtig eingeschätzt.</li> <li>- Laut Studien fördert Weiterbildung Selbstbewusstsein, Motivation und Bereitschaft zum Rapport der PA.</li> <li>- Diskutiert wird, ob es sinnvoll wäre, die Kompetenzen der PAs, bezüglich Schmerzassessment, auszuweiten. PAs zeigten Interesse daran.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichprobe hatte möglichst grosse Variation zum Ziel, jedoch wurden die Teilnehmenden über Netzwerke der PMG kontaktiert.</li> <li>- Akutspitäler und Hospize in der Studie hatten Verbindung zu Ausbildungsspitälern und zur Universität. Teilnehmende aus diesen Institutionen könnten besser über Schmerzen informiert sein, als solche ohne Verbindungen zu akademischer Ausbildung/Forschung.</li> <li>- Trotz kleineren Teilnehmerzahlen aus der Akut- und Hospizpflege, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen allen teilnehmenden Settings.</li> <li>- Schlechte Beziehungen am Arbeitsplatz wurden aber nur in Pflegeheimen geschildert.</li> <li>- Die Studie sollte durch künftige Studien noch einmal ausgeweitet durchgeführt werden.</li> <li>- Durch die freiwillige Teilnahme könnte es sein, dass Personen mit Interessen in personenzentrierter Pflege übervertreten sind</li> </ul> <p><b>Implikationen für die Praxis/zukünftige Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Menschen mit einer Demenz sollten, wenn möglich, Angehörige ins Assessment miteinbezogen werden.</li> <li>- Gemeinsame Durchführung von Schmerzassessments durch PAs und Pflegefachpersonen wird empfohlen.</li> </ul>
---	---	--	---



	<p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine ethisch relevanten Fragen werden diskutiert.</li> <li>- Schriftliches Einverständnis wurde eingeholt.</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch das Office for Research Ethics Committees Northern Ireland (Büro für Forschung, Ethikkommission Nordirland).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusammenarbeit und Integration ins Team der PAs wird als wichtig eingeschätzt.</li> <li>- Bildung, Training und Weiterbildung wird empfohlen, um das Potenzial der PAs zu fördern und die Pflegequalität zu verbessern.</li> <li>- Stigmas, PAs seien unterqualifiziert, sollen bekämpft werden</li> <li>- Zukünftige Forschung sollte die Beziehung und Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten und PAs untersuchen.</li> <li>- Forschung soll den Gebrauch von Schmerzassessmentinstrumente durch PAs evaluieren.</li> <li>- Weiteres Forschungsthema: Auswirkungen und Erfahrungen mit der Integration von PAs in ein interdisziplinäres Team.</li> </ul>
--	--	--	---

**Würdigung der Studie:** Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet wichtige Fragen der Pflege, da Pflegefachpersonen vom wertvollen Arbeitseinsatz der PAs in der Betreuung von Menschen mit Demenz profitieren können, in dem sie Informationen/Einschätzungen der PAs für ein effizienteres Schmerzassessment einsetzen. Voraussetzungen für aussagekräftige Schmerzassessments sind also unter anderem ausführliche Bewohnerinnen-/Bewohnerkenntnisse, die Studie passt darum zur Fragestellung dieser Bachelorarbeit.</li> </ul> <p><b>Relevanz für die Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen verbringen immer weniger Zeit direkt am Patientenbett und können die Patientensituationen immer weniger ganzheitlich einschätzen. → Sie benötigen die Unterstützung von anderen Berufsgruppen, was die Signifikanz der Studie deutlich macht.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen/Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt keine Forschungsfrage, aber das Ziel der Forschungsarbeit wird erklärt. → Forschungsfragen sind wünschenswert</li> <li>- Forschungsfrage hätte z. B. sein können: Welche Rolle nehmen PA beim Schmerzassessment/-Management bei Menschen mit einer Demenz ein und welche Erfahrungen machen sie dabei?</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde qualitative Forschung betrieben, nach der Forschungsmethode Phänomenologie. Dies ist nachvollziehbar. Die Forschenden wollen ein ganzheitliches Verständnis zu den Rollen von PAs und deren Erfahrungen beim Schmerzassessment und -management bei Menschen mit einer Demenz (subjektive Informationen und Erfahrungen) generieren. Eine quantitative Studie wäre zur Erforschung dieses Phänomens ungeeignet gewesen.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Design der Studie ist ein nicht-experimentelles Forschungsdesign.</li> <li>- Sie dienen zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen) die natürlich vorkommen.</li> <li>- Es wurde eine deskriptive/explorative Übersichtsstudie gemacht.</li> <li>- Durch Übersichtsstudien sollen umfangreiche Informationen zu Phänomenen ermittelt werden (z. B. Meinungen/Einstellungen), die dann zur Verbesserung/Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden.</li> <li>- Eine Beschreibung des Designs ist wünschenswert, ist aber nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema nachvollziehbar und logisch.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Methode Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Einsatz von Einzelinterviews ist sinnvoll, um individuelle Meinungen/Erlebnisse/persönliche Emotionen zu erfassen.</li> <li>- Die Wahl der Datenerhebungsmethode ist nachvollziehbar und logisch.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Ansatz/Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-probabilistische Stichproben sind für qualitative Studien geeignet.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität der Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist repräsentativ und übertragbar auf PAs mit Betreuungsaufgaben bei Menschen mit einer Demenz, in den Settings Akutpflege, Hospiz und Pflegeheim.</li> </ul> <p><b>Stichprobengröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichprobengröße ist nicht begründet</li> <li>- In der Diskussion wird eine breit angelegte Studie zum Thema empfohlen. → evtl. wegen einer zu kleinen Stichprobengröße</li> <li>- Stichprobengrößen sind nicht geregelt. Qualitative Forschung wird mit eher kleinen Stichproben betrieben, weil eine grosse Datenmenge erhoben und analysiert wird → zeitaufwendig</li> <li>- Stichproben in qualitativen Studien sollten so lange erweitert werden, bis eine Datensättigung erreicht wird, die gesammelten Daten aussagekräftig sind → in der Studie nicht beschrieben</li> <li>- Die Stichprobengröße ist als ausreichend zu bewerten.</li> </ul>	<p><b>Reichhaltigkeit der Daten:</b></p> <p>Die Ergebnisse sind vielfältig, reichhaltig und haben wertvollen Inhalt, sind von Bedeutung für die Pflege.</p> <p><b>Verankerung im Kontext/Präzision:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten wirken stimmig.</li> </ul> <p><b>Konzeptualisierung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Inhalte passen zum Studienziel.</li> </ul> <p><b>Illustration:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersichtliche Darstellung durch Gliederung in die fünf Überthemen</li> <li>- Ein Einbau der transkribierten Aussagen in den Ergebnistext unterstreicht die Ergebnisse und macht sie transparent.</li> </ul> <p><b>Erklärung des Phänomens:</b></p> <p>Ja, das Phänomen wird durch die Ergebnisse gut erklärt.</p> <p><b>Kategorien/Konzepte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist nachvollziehbar, wie die Überthemen generiert worden sind, hätte aber besser beschrieben werden können.</li> <li>- Die gebildeten Überthemen/Kategorien sind unterscheidbar und passend zu den Ergebnissen.</li> </ul> <p><b>Beziehungen zwischen Kategorien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind Verbindungen zwischen den Kategorien zu erkennen.</li> </ul>	<p><b>Beitrag zum Verstehen des Phänomens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretationen zeigten auf, dass PAs wichtige Beobachtungsfähigkeiten haben und gute Beiträge zum Schmerzassessment und -management leisten können.</li> </ul> <p><b>Beantwortung der Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschenden geben zum Erreichen des Studienziels keine Informationen bekannt.</li> <li>- Mit den gesammelten Informationen wurden die gesetzten Ziele der Studie aber erreicht.</li> <li>- Die Studie hat grundlegende Daten erhoben.</li> </ul> <p><b>Bezug zur Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse wurden in Bezug mit empirischer Literatur gesetzt und diskutiert.</li> </ul> <p><b>Relevanz für die Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erste Studie, die die Erfahrungen/Ansichten von PAs bezüglich Schmerzassessment erfasst.</li> <li>- Die Relevanz für die Pflege wird diskutiert, z. B. die Ausweitung der Kompetenzen der PAs im Bereich Schmerzassessment und management.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung Ergebnisse und Schlussfolgerungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Schlussfolgerungen widerspiegeln die Ergebnisse.</li> <li>- Es werden viele Empfehlungen gemacht.</li> </ul>

<p>- Phänomen, Hintergründe und Kontext wurden durch empirische und konzeptionelle Literatur ergänzt. Epidemiologische Zahlen fehlen</p> <p><b>Signifikanz der Arbeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschende beschreiben eine Forschungslücke in einem wichtigen Themenbereich, die sie aufheben möchten.</li> <li>- Die Erkenntnisse der Studie haben einen Nutzen für Bewohner, PAs und Pflegefachpersonen.</li> </ul>	<p><b>Beschreibung Setting/Teilnehmende:</b> Das Setting ist beschrieben, zu den Teilnehmenden sind fast keine Informationen bekannt (einige sind in einer Tabelle veranschaulicht). Es wurden keine Ein-/Ausschlusskriterien formuliert.</p> <p><b>Erleben des Phänomens/geeignete Informanten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnehmende haben Erfahrungen in der Betreuung von dementen Menschen in der letzten Lebensphase.</li> <li>- Befassen sich mit den Themen: Rolle/Schmerz/Assessment/Management → Erleben Phänomen, können aus Erfahrung sprechen, Informationen bereitstellen</li> </ul> <p><b>Gegenstand der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen von PAs in Bezug auf Schmerzassessment/-management bei Menschen mit einer Demenz → Interviews werden als passende Methode bewertet, da es um die Erhebung von persönlichen Daten geht, die reichhaltig und komplex sind.</li> </ul> <p><b>Vorgehensweise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Vorgehensweise der Datenerhebung wurde dargestellt und begründet.</li> <li>- Wie empfohlen, wurde zur Erstellung der Interviewfragen eine Literaturrecherche durchgeführt.</li> <li>- Einige Interviewfragen sind in einer Tabelle ersichtlich und sind verständlich formuliert.</li> <li>- Die Verifikation des Fragebogens ist positiv.</li> <li>- Eine Pilottest-Überprüfung des Fragebogens (Reliabilität, Validität und Varianz) wäre noch besser.</li> <li>- Unklar ist, inwiefern die interviewende Person in Gesprächsführung und qualitativer Forschung ausgebildet war.</li> <li>- Es wird nicht erwähnt, ob bei allen Interviews gleich vorgegangen wurde.</li> <li>- Die Interviews fanden in einem geschützten Rahmen statt.</li> </ul> <p><b>Datensättigung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht diskutiert (in Stichprobe bereits erwähnt).</li> </ul> <p><b>Selbstbestimmung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht thematisiert, freiwillige Teilnahme, die Teilnehmenden handelten eigenverantwortlich und gaben ihr schriftliches Einverständnis vor dem Interview.</li> </ul> <p><b>Philosophischer Hintergrund/Standpunkt der Forschenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht dargestellt.</li> </ul> <p><b>Methodologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Methode ist für die Zielsetzungen geeignet.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung Forschungsansatz und methodisches Vorgehen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsansatz und methodisches Vorgehen stimmen überein</li> </ul> <p><b>Eignung der Methode für Phänomen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die gewählte Methode passt zum Phänomen.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgehensweise ist verständlich. Um sie genau nachzuvollziehen, müsste sie ausführlicher beschrieben sein.</li> <li>- Es wird nicht beschrieben, wie die Forschenden mit Vorverständnis/Wertvorstellungen umgegangen sind. → unbewusste Beeinflussung der Daten</li> </ul> <p><b>Referenzen:</b> Paradigma nach Braun und Clarke (1996)</p>		
--	--	--	--

	<p><b>Beschrieb analytischer Schritte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgehen bei der Datenanalyse wird beschrieben, die verschiedenen analytischen Schritte sind erklärt, aber schwer verständlich (z.B. wer führte die Analyse durch?).</li> </ul> <p><b>Präzision/Glaubwürdigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unklar ist, inwiefern die interviewende Person in Gesprächsführung und qualitativer Forschung ausgebildet war.</li> <li>- Beurteilungskriterien für wissenschaftliche Exaktheit:</li> </ul> <p>Glaubwürdigkeit: Die Korrektheit der Befunde aus der Sicht der Teilnehmenden wird nicht beschrieben. Aus der Sicht der Forschungsmitglieder wurden die Transkripte evaluiert. Ob/wie die Datenanalyse geprüft wurde, ist nicht klar zu beurteilen.</p> <p>Folgerichtigkeit: Die Analyseschritte werden erklärt, aber keine konkreten Beispiele (zu Datenbeispielen, Interpretationen und Synthesen) gemacht. Prüfpfade wurden erstellt. In einer Tabelle sind Interviewausschnitte und ihre zugeordneten Überthemen ersichtlich.</p> <p>Angemessenheit: Die Alltagswirklichkeit der Teilnehmenden wird wiedergegeben. In den Resultaten sind transkribierte Aussagen der Interviews eingebaut.</p> <p><b>Sicherstellung Glaubwürdigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiv ist, dass Forscher aus dem Team die Transkripte überprüft haben. Durch ein externes, unabhängiges Komitee wäre dies noch besser gewesen. Ob/wie die Analyse überprüft wird, wird im Text nicht ganz klar.</li> <li>- Besprechung Befunde/Überthemen mit den Teilnehmenden (Member Checking)→ Sicherstellung Übereinstimmung der Interpretationen der Forschenden und Perspektiven der Betroffenen/Teilnehmenden, wurde nicht durchgeführt</li> <li>- genauere Ausführungen der Analyse z. B. Zuordnung der Überthemen würde die Glaubwürdigkeit erhöhen</li> </ul> <p><b>Dokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation des Analyseprozesses in den Transkripten und den erstellten Prüfpfaden ermöglichen eine Überprüfung der Datenanalyse.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine ethisch relevanten Fragen diskutiert.</li> </ul> <p><b>Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben, wie die Forschenden mit Vorverständnis/Wertvorstellungen umgegangen sind.</li> <li>- Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden aus vorangehenden Studien wird nicht reflektiert.</li> </ul>		
--	--	--	--

**Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985):**

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

**Glaubwürdigkeit:**

- + Einsicht in Fragebogen ist teilweise gewährleistet
- + Studienablauf ist nachvollziehbar
- Es wurden keine Feldnotizen erstellt (nonverbale Äusserungen wurden nicht miteinbezogen).
- Es wird keine Datensättigung diskutiert.
- Ergebnisse wurden nicht mit den Teilnehmenden besprochen.

**Zuverlässigkeit**

- + Die Datenanalyse wurde durch Prüfpfade dokumentiert.
- + Die Ergebnisse wurden übersichtlich dargestellt.
- +/- Es kann angenommen werden, dass die gleiche Person alle Daten erhoben hatte, es ist aber nicht genau beschrieben.

**Bestätigbarkeit:**

- + Kategorien wurden direkt aus den Daten gebildet.
- + Die Datenanalyse wurde durch andere Forschende/Mitautorinnen/Mitautoren verifiziert.
- Es wurde nicht deklariert, ob Interessenskonflikte vorliegen.
- Hintergrund und Vorannahmen der Forschenden wurden nicht beschrieben.
- Keine Begleitung durch externe Person

**Übertragbarkeit:**

- + In den Ergebnisteil wurden viele Zitate eingebaut.
- + Forschende und Teilnehmende kannten sich vor der Forschung nicht.
- + Demografische Daten zu den Teilnehmenden wurden ermittelt.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Stufe 6 auf der 6S-Pyramide

## Anhang C4: De Witt Jansen et al. (2018)

**Zusammenfassung der Studie:** „A tool doesn't add anything.“ The importance of added value: Use of observational pain tools with patients in advanced dementia approaching end of life - a qualitative study of physician and nurses experiences and perspectives

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen und Ansichten von Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen zum Gebrauch von bSAI bei Menschen mit Demenz am Lebensende</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menschen mit Demenz leiden am Lebensende oft an Schmerzen.</li> <li>- Schmerz beeinflusst die Lebensqualität enorm, kann Depressionen, Delirien, Aggressionen usw. auslösen.</li> <li>- Verhaltensbasierte und psychologische Symptome einer Demenz können in Zusammenhang mit Schmerz stehen.</li> <li>- Schmerzassessment/Management bei Demenz ist herausfordernd, durch eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten (kein Selbstreport möglich).</li> <li>- Pflegeprinzipien, klinische Richtlinien und Empfehlungen empfehlen bSAI.</li> <li>- Validität, Reliabilität und Brauchbarkeit der Instrumente in der Praxis werden diskutiert.</li> <li>- Pflegefachkräfte äussern diverse Herausforderungen in der Anwendung der bSAI, z. B. Unterscheidung von körperlichem und emotionalem Schmerz, ungenügende Ausbildung in der Assessmentanwendung.</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualitative Studie</li> </ul> <p>-Erklärung/Begründung/weitere Informationen: keine vorhanden</p> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zum Design sind keine Angaben vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Halbstandardisierte (semistrukturierte) persönliche Einzel-Interviews (Experteninterviews)</li> </ul> <p>-Erklärung/Begründung/weitere Informationen: keine vorhanden</p> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen mit Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz am Lebensende</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-47 Teilnehmende (23 Ärztinnen und Ärzte, 24 Pflegefachpersonen)</li> <li>- Irische Institutionen (chirurgische Erstversorgung, Spital, Hospiz, Pflegeheim)</li> <li>- Einschlusskriterien: Erfahrungen in der Betreuung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die am Lebensende stehen oder bereits verstorben sind</li> <li>- Keine Begründung für die Auswahl der Stichprobe</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leitende Positionen wie Hospizdirektionen, Hausärztinnen/-Ärzte, Pflegeheimleitung usw. vermittelten Studieninformationen (Begleitbrief, Teilnahmeinformationsblatt, Kontaktformular, Einverständnisbogen und frankiertes, beschriftetes Rücksendecouvert) an Mitarbeitende.</li> <li>- Interessierte wurden durch die Forschenden telefonisch kontaktiert.</li> <li>- Gezielte, non-probabilistische Stichprobe (Gelegenheitsstichprobe), freiwillige Teilnahme</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Halbstandardisierte (semistrukturierte) persönliche Einzel-Interviews (Experteninterviews)</li> <li>- Interviewfragen wurden nach bearbeiteter Literatur, vorstellbaren Wissenslücken und den Studienzielen erstellt.</li> <li>- Verifikation der Interviewfragen durch Fachkräfte mit Interessen an älteren Menschen, Demenz und Palliative Care sowie einer</li> </ul>	<p><b>Gebrauch von bSAI bei fortgeschrittener Demenz am Lebensende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle teilnehmenden Institutionen empfahlen bSAI bei Menschen mit einer Demenz.</li> <li>- 13 Teilnehmende (27.6 %, 11 Pflegefachpersonen, 2 Ärztinnen und Ärzte) nutzten bSAI bei dementen Menschen am Lebensende (meistens die Abbey Pain Skala).</li> <li>- Einstellungen gegenüber Gebrauch und Nutzen der Assessmentinstrumente variierten.</li> <li>- bSAI Anwendungen resultierten nach 5 Teilnehmenden (Pflegefachpersonen n=4, Ärztinnen/Ärzte n= 1) in: schnellerer Schmerz-Erkennung, Aufdeckung von Schmerzzeichen, bessere Einschätzung der Schmerzstärke, einfachere Überwachung der Schmerzmittelwirkung, kontinuierliche Schmerzerfassung/Management über verschiedene Arbeitsschichten hinweg.</li> <li>- erleichtertes Rapportieren/Kommunizieren von Schmerzen unter verschiedenen Berufsgruppen und Spezialistinnen/ Spezialisten</li> <li>- Assessmentinstrumente können Personal mit wenig Erfahrung bei der Schmerzerkennung helfen.</li> <li>- 8 der Teilnehmenden gaben an, bSAI seien ungeeignet für Menschen mit Demenz am Lebensende.</li> <li>- Schmerz Interpretation aufgrund von Verhaltensveränderungen und non-verbalen Anzeichen sei schwierig. Es sei unklar, ob sie schmerzindiziert seien oder durch andere Ursachen auftreten.</li> <li>- 8 der Teilnehmenden gaben an, Assessment Resultate nicht zu dokumentieren, sie nicht in Entscheidungen bezüglich der Schmerzbehandlung zu integrieren.</li> </ul>	<p><b>Beurteilung der Ergebnisse durch die Forschenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Minderheit wendete bSAI routinemässig bei Menschen mit Demenz am Lebensende an.</li> <li>- Einstellungen zu bSAI variierten positiv: schnelleres Erkennen von Schmerzen und Verstehen des Schmerzerlebens, Kontinuität beim Schmerzassessment und Management über wechselnde Schichten hinaus, verbessertes interdisziplinäres Rapportieren von Schmerzen.</li> <li>- negativ: Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Integration von bSAI bei dementen Menschen, Zweifel am Nutzen der Assessmentinstrumente.</li> <li>- Andere Studien bestätigten, dass bSAI Verbesserungen im Symptom Assessment/Management und in der gesamten Pflegeversorgung bringen.</li> <li>- Leitfäden sprechen für den ganzheitlichen Ansatz (Einbezug aller Begleitumstände) beim Schmerzassessment bei dementen Menschen. Forschungsliteratur kritisiert dies. Negative Einstellungen gegenüber Patientinnen/Patienten, ungenügende Kenntnis von Patientinnen/Patienten und spärliche Erfahrungen im Erkennen von Schmerzen bei sterbenden Menschen mit Demenz können ebenfalls zu ungenügenden Assessments führen.</li> <li>→Assessmentinstrumente sollen immer miteinbezogen werden.</li> <li>- Bedarf/Nachfrage an regelmässiger</li> </ul>

<p>- Die Anwendung von bSAI wird durch Gesundheitspolitik, Richtlinien usw. empfohlen.</p> <p>- Unklar ist, ob und wie diese Instrumente bei Menschen mit einer Demenz in der letzten Lebensphase angewendet werden.</p> <p><b>Forschungsziel:</b></p> <p>- Die Studie hat das Ziel zu untersuchen, ob und wie Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen in chirurgischen Erstversorgungen, Spitälern, Hospizen, Pflegeheimen bSAI bei Menschen mit Demenz am Lebensende anwenden.</p> <p>- Es sollen Ansichten über die Durchführung der bSAI in der Praxis gesammelt werden und der Bedarf an Ausbildung soll erfasst werden.</p> <p><b>Zweck:</b></p> <p>Informationen bezüglich Gebrauch und Anwendung von bSAI durch medizinisches Fachpersonal sammeln → Forschungslücke</p>	<p>Patientin oder Patienten und einer Repräsentantin oder eines Repräsentanten der Gesellschaft</p> <p>- Digitale Audioaufnahme</p> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <p>- einmalig, zwischen Juni 2014 und September 2015</p> <p><b>Verarbeitung der Daten:</b></p> <p>- wortwörtliche Transkription</p> <p><b>Diskussion des qualitativen Ansatzes/methodische Vorgehensweise:</b></p> <p>- Wird nicht diskutiert</p> <p>- Qualitative Studie, Phänomenologie, ein ganzheitliches Verständnis über subjektive Werte und Erfahrungen soll generiert werden</p> <p>- Nicht - experimentelles Forschungsdesign dient zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen), die natürlich vorkommen.</p> <p>- Deskriptive/explorative Übersichtsstudie, soll umfangreiche Informationen zu Phänomenen ermitteln (z. B. Meinungen/Einstellungen), die dann zur Verbesserung/Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden.</p> <p><b>Strategien/Vorgehensweisen:</b></p> <p>- Interviewtranskription durch Hauptautorin/interviewende Person</p> <p>- Überprüfung einiger Transkripte durch Mitautorinnen und Autoren</p> <p>- Datenanalyse mit Hilfe des Paradigmas nach Braun und Clarke (1996)</p> <p>- Datenanalyse durch Hauptautorin/interviewende Person</p> <p>- Unabhängige Teilüberprüfung durch Mitautorinnen und Autoren</p> <p>- Ermittelte Überthemen wurden danach gemeinsam diskutiert und verabschiedet</p> <p>- Speicherung und Organisation der Daten mit NVivo 10.0 Software</p> <p><b>Qualität Datenanalyse:</b></p> <p>Zur Qualität der Datenanalyse wird keine Stellung genommen.</p> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <p>- Keine ethisch relevanten Fragen werden diskutiert.</p> <p>- Schriftliches Einverständnis wurde eingeholt.</p> <p>- Die Teilnehmenden wurden über Datenschutz und Teilnehmeranonymität aufgeklärt.</p> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <p>- Durch das Office for Research Ethics Committees Northern Ireland (Büro für Forschung, Ethikkommission Nordirland)</p> <p>- Das Studienprotokoll und unterstützende Dokumente wurden gegengelesen und bewilligt durch das Hospiz Ethikkomitee.</p>	<p><b>Schwierigkeiten im Gebrauch von bSAI und die Wichtigkeit eines Nutzen</b></p> <p>- 34 der Teilnehmenden (72 %, grösstenteils Ärztinnen und Ärzte) nutzten keine bSAI bei Menschen mit einer Demenz am Lebensende.</p> <p>Folgende Gründe wurden angegeben: Glauben an Einschränkungen der Instrumente, Anwendungsschwierigkeiten in der Praxis und kein sichtlicher Vorteil zu bereits bestehenden Mitteln</p> <p>- Weitere Punkte, warum BSAI nicht angewandt wurden: uneinheitliche Anwendung/Dokumentation, variierende Schmerzwerte bei derselben Patientin/ beim selben Patient (je nach Pflegefachperson), Spannungen über das Interpretieren der Assessmentwerte</p> <p>- Der ganzheitliche Ansatz, Schmerzassessment mit Einbezug der Begleitumstände, wird gelobt.</p> <p>- Die Eingliederung eines simplen Instruments in ein komplexes Fachgebiet nimmt das medizinische Fachpersonal als Missachtung ihres langjährigen Trainings und ihrer Erfahrung wahr. Weiter würden Begründungen zur Wahl des Assessmentinstruments, Informationen zu den positiven Auswirkungen der Instrumente sowie Anleitungen zur Anwendung in der Praxis fehlen.</p> <p>- Praxisnahe Übersetzungen von evidenzbasierten Interventionen seien nötig, um bSAI verständlich in die Praxis zu integrieren und Vorteile für Praxis und Patientensituationen aufzuzeigen.</p> <p><b>Ansichten über Praxisentwicklungen und zum Schmerzassessmenttraining bei einer fortgeschrittenen Demenz am Lebensende:</b></p> <p>- Ständiges Training und berufliche Weiterbildung ist sinnvoll, um sicheres und angemessenes Management der Schmerzen und anderer Symptome am Lebensende zu gewährleisten.</p> <p>- Ausbildungsaufbau: bedürfnisorientiert, ausgeglichenes didaktisches Training und Diskussionen von Patientensituationen, mehr transferierbares Wissen und Können als Theorie, Schulungsleitung durch Klinikarzt</p> <p>- Ärztinnen und Ärzte schlagen Evaluationen aller Schulungen vor, um ihre Wirkung zu überprüfen.</p> <p><b>Veranschaulichung der Daten:</b></p> <p>- Tabelle veranschaulicht demografische Daten</p> <p>- Tabelle erläutert Überthemen, ergänzt mit transkribierten Aussagen von den Teilnehmenden</p>	<p>Weiterbildung zur Schmerzassessment Anwendung sowie zum Handeln nach der Durchführung und dem Protokollieren für Pflegefachpersonen in Pflegeheimen ist vorhanden.</p> <p>- Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) (Vorbereitung für Gesundheitsfürsorge in der Gemeinschaft) wäre eine geeignete, getestete Schulungs-Methode mit der Skills und Wissen vermittelt werden können.</p> <p><b>Limitationen:</b></p> <p>- Die gezielte Stichprobe könnte Studieninteressierte, die gerne ihre Meinung teilen und wissenschaftlich aktive Teilnehmende rekrutiert haben, was entgegen der Best-Practice wäre.</p> <p><b>Implikationen für die Praxis/zukünftige Forschung:</b></p> <p>- Personen die Richtlinien für bSAI aufsetzen, sollten darauf achten, die Einfachheit der Anwendung eines Schmerzassessmentinstruments in herausfordernden Settings nicht zu sehr zu betonen. Dies könnte kontraproduktiv wirken und zu weniger Engagement im Gebrauch der bSAI führen.</p> <p>- Regelmässige, bedürfnisorientierte Ausbildungen werden empfohlen, um die Bildung im Schmerzassessment/Management bei Menschen mit einer Demenz voranzutreiben.</p> <p>- Da die Studienteilnehmenden Berufsleute aus der Allgemein-Medizin, Hospiz-, Palliativ- und Pflegeheimbetreuung waren, werden weitere Untersuchungen/Studien in der häuslichen Pflege und den verschiedenen Bereichen der Akutversorgung empfohlen, Praktiken könnten sich dort unterscheiden.</p>
---	--	--	--

**Würdigung der Studie:** „A tool doesn't add anything.“ The importance of added value: Use of observational pain tools with patients in advanced dementia approaching end of life - a qualitative study of physician and nurses experiences and perspectives

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, da Schmerzassessment im Kompetenzbereich der Pflegefachpersonen liegt. Die Studie untersucht, ob bSAI bei Menschen mit Demenz angewendet werden, was zur Fragestellung unserer Bachelorarbeit passt.</li> </ul> <p><b>Relevanz für die Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird verständlich beschrieben, z. B. werden Gefahren, Komplikationen genannt, die auftreten können, wenn kein Schmerzassessment/Management angewendet wird.</li> </ul> <p><b>Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Ziel der Forschungsarbeit wird bekannt gegeben, aber keine Forschungsfragen generiert. Das gesetzte Ziel ist verständlich formuliert. Forschungsfragen sind wünschenswert.</li> <li>- Forschungsfrage hätte z. B. sein können: Wie nimmt medizinisches Fachpersonal die Anwendung von bSAI bei Menschen mit einer Demenz in der letzten Lebensphase in der Praxis wahr?</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phänomen, Hintergrund und Kontext wurden durch empirische und konzeptionelle Literatur untermauert. Epidemiologische Daten wurden keine genannt.</li> </ul> <p><b>Signifikanz der Arbeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt eine Forschungslücke zu den Themen Integration/Anwendung von</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde qualitative Forschung betrieben, nach der Forschungsmethode Phänomenologie. Dies ist nachvollziehbar. Die Forschenden wollen ein ganzheitliches Verständnis über die Anwendung und die Einstellungen (subjektive Werte und Erfahrungen) zu den bSAI des medizinischen Fachpersonals erhalten, um somit positive Aspekte, Bedürfnisse und Verbesserungsmöglichkeiten zu erfassen. Eine quantitative Studie wäre zur Erforschung dieses Phänomens ungeeignet gewesen.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Design der Studie ist ein nicht – experimentelles Forschungsdesign.</li> <li>- Sie dienen zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen) die natürlich vorkommen.</li> <li>- Es wurde eine deskriptive/explorative Übersichtsstudie gemacht.</li> <li>- Durch Übersichtsstudien sollen umfangreiche Informationen zu Phänomenen ermittelt werden (z. B. Meinungen/Einstellungen), die dann zur Verbesserung/Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden.</li> <li>- Eine Beschreibung des Designs ist wünschenswert, ist aber nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema Design nachvollziehbar und logisch.</li> <li>- Design ist passend</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Methode Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Einsatz von Einzelinterviews ist sinnvoll um individuelle Meinungen/Erlebnisse/persönliche Emotionen zu erfassen.</li> <li>- Die Wahl der Datenerhebungsmethode ist nachvollziehbar und logisch.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Ansatz/Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-probabilistische Stichproben sind für qualitative Studien geeignet.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist repräsentativ und übertragbar auf Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen, die Aufgaben in der Betreuung von dementen Menschen in der letzten Lebensphase übernehmen.</li> </ul> <p><b>Stichprobengrösse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichprobengrösse ist nicht begründet.</li> <li>- Stichprobengrößen sind nicht festgelegt. Qualitative Forschung wird mit eher kleinen Stichproben betrieben, weil eine grosse Datenmenge erhoben und analysiert wird. → zeitaufwendig</li> <li>- Stichproben in qualitativen Studien sollten so lange erweitert werden, bis eine Datensättigung erreicht wird, die gesammelten Daten aussagekräftig sind. → Es wird beschrieben, dass eine Datensättigung erreicht wurde.</li> <li>- Die Stichprobengrösse wird als angemessen bewertet.</li> </ul> <p><b>Beschreibung Setting/Teilnehmende:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angaben zu den Settings und den Teilnehmenden sind vorhanden. Genauere</li> </ul>	<p><b>Reichhaltigkeit der Daten:</b></p> <p>Die Ergebnisse sind vielfältig, reichhaltig und haben wertvollen Inhalt, sind von Bedeutung für die Pflege.</p> <p><b>Verankerung im Kontext/Präzision:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten wirken stimmig.</li> </ul> <p><b>Konzeptualisierung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Inhalte passen zum Studienziel.</li> </ul> <p><b>Illustration:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersichtliche Darstellung, durch Gliederung in die drei Überthemen</li> <li>- Ein Einbau der transkribierten Aussagen in den Ergebnistext hätte zu einer zusätzlichen Unterstreichung der Ergebnisse geführt und sie transparenter gemacht.</li> </ul> <p><b>Erklärung des Phänomens:</b></p> <p>Ja, die Erfahrungen der Pflegefachpersonen haben keinen eigenen Überbegriff, werden aber in den anderen Kategorien abgedeckt.</p> <p><b>Kategorien/Konzepte:</b></p> <p>Wie bereits in der Datenanalyse erwähnt, ist nicht nachzuvollziehen, wie die Überthemen genau generiert worden sind. Die gebildeten Überthemen/Kategorien sind unterscheidbar und passend zu den Ergebnissen.</p> <p><b>Beziehungen zwischen Kategorien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind Verbindungen zwischen den verschiedenen Kategorien auszumachen.</li> </ul>	<p><b>Beitrag zum Verstehen des Phänomens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretation leistet einen Beitrag zum Verstehen des Schmerz-Assessments, dessen Implementierung und Anwendung in der Praxis.</li> </ul> <p><b>Beantwortung der Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschenden geben zum Erreichen des Studienziels keine Informationen bekannt.</li> <li>- Mit den gesammelten Informationen wurden die gesetzten Ziele der Studie aber erreicht.</li> </ul> <p><b>Bezug zur Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse wurden in Bezug mit empirischer und Literatur gesetzt.</li> <li>- Diskutiert wird z. B. die ECHO-Methode.</li> </ul> <p><b>Relevanz für die Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Relevanz für die Pflege wird diskutiert.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung Ergebnisse und Schlussfolgerungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Schlussfolgerungen widerspiegeln die Ergebnisse.</li> <li>- Leider sind Empfehlungen durch die Forschenden spärlich. Für weitere Studien sind diese Ergebnisse aber bestimmt brauchbar.</li> </ul>



<p>Schmerzassessmentinstrumenten durch medizinisches Fachpersonal in der Praxis. Forschungsbedarf ist vorhanden und die Erkenntnisse der Studie sind nützlich für Bewohner, Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte sowie die Weiterentwicklung von bSAI, was die Studie signifikant macht.</p>	<p>demografische Angaben sind einer Tabelle zu entnehmen.</p> <p><b>Erleben des Phänomens/geeignete Informanten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Teilnehmenden haben Erfahrungen in der Betreuung von dementen Menschen in der letzten Lebensphase und wurden mit den Themen Schmerz/Assessment/Management/Herausforderungen/Schwierigkeiten konfrontiert. Sie haben das Phänomen erlebt und können somit aus Erfahrung sprechen und wichtige Informationen bereitstellen.</li> </ul> <p><b>Gegenstand der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfahrungen, Einstellungen, Erleben, Verhalten von medizinischem Fachpersonal im Bezug zur Anwendung von bSAI bei Menschen mit einer Demenz → Interviews werden als passende Methode bewertet, da es um die Erhebung von persönlichen Daten geht, die reichhaltig und komplex sind.</li> </ul> <p><b>Vorgehensweise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist verständlich erklärt, aber ausbaufähig. Der Interviewleitfaden ist in einer Tabelle ersichtlich, die Fragen sind verständlich formuliert.</li> <li>- Interviewfragen wurden nach einer Literaturrecherche generiert, dies wird empfohlen.</li> <li>- Die Verifikation des Fragebogens ist positiv.</li> </ul> <p>Eine Pilottestüberprüfung des Fragebogens (Reliabilität, Validität und Varianz in der Beantwortung der Fragen) wäre noch besser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die interviewende Person war in Gesprächsführung, qualitativer Forschung ausgebildet.</li> <li>- Es wird nicht erwähnt, ob bei allen Interviews gleich vorgegangen wurde.</li> <li>- Interviews an den Arbeitsplätzen: Es wäre wichtig zu wissen, ob ein geschützter Rahmen gegeben war, um unbeeinflusste Aussage der Teilnehmenden zu erhalten.</li> </ul> <p><b>Datensättigung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht diskutiert (in Stichprobe bereits erwähnt).</li> </ul> <p><b>Selbstbestimmung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht thematisiert, freiwillige Teilnahme, die Teilnehmenden handelten eigenverantwortlich und gaben ihr schriftliches Einverständnis vor dem Interview.</li> </ul> <p><b>Philosophischer Hintergrund/Standpunkt der Forschenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Philosophischer Hintergrund und Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt.</li> </ul> <p><b>Methodologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Methode ist für die Zielsetzungen geeignet.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung Forschungsansatz und methodisches Vorgehen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsansatz und methodisches Vorgehen stimmen überein.</li> </ul> <p><b>Eignung der Methode für Phänomen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die gewählte Methode ist passend zum Phänomen.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgehensweise ist verständlich. Um sie genau nachzuvollziehen, müsste sie ausführlicher beschrieben sein.</li> <li>- Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden aus vorangehenden Studien wird nicht reflektiert. → Beeinflussung der Daten</li> </ul> <p><b>Referenzen:</b> Paradigma nach Braun und Clarke (1996)</p> <p><b>Beschreib analytischer Schritte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgehen bei der Datenanalyse wird beschrieben, aber die verschiedenen</li> </ul>		
--	--	--	--

	<p>analytischen Schritte nicht erklärt.</p> <p><b>Präzision/Glaubwürdigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschende/Interviewende/Analysierende hatte Studiumserfahrung in qualitativer Forschung.</li> <li>- Beurteilungskriterien für wissenschaftliche Exaktheit:</li> </ul> <p>Glaubwürdigkeit: Die Korrektheit der Befunde aus der Sicht der Teilnehmenden wird nicht beschrieben. Aus der Sicht der Forschungsmitglieder wurden einige Transkripte und Analysen evaluiert, ermittelte Überthemen wurden dann gemeinsam besprochen und definitiv festgelegt.</p> <p>Folgerichtigkeit: Es ist nicht möglich, die Analyseschritte nachzuvollziehen, da keine konkreten Beispiele (zu Datenbeispielen, Interpretationen und Synthesen) gemacht werden. Der Vorgang wird nur beschrieben. Einer Tabelle sind Interviewausschnitte und ihre zugeordneten Überthemen zu entnehmen.</p> <p>Angemessenheit: Die Alltagswirklichkeit der Teilnehmenden wird wiedergegeben, jedoch sind in den Resultaten keine transkribierten Aussagen der Interviews eingebaut. Dies würde mehr Realität in die Studie bringen.</p> <p><b>Sicherstellung Glaubwürdigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiv ist, dass Forscher aus dem Team einige Transkripte und Analysen überprüft haben. Durch ein externes, unabhängiges Komitee wäre dies noch besser gewesen.</li> <li>- Besprechung Befunde/Überthemen mit den Teilnehmenden (Member Checking)</li> </ul> <p>→ Sicherstellung Übereinstimmung der Interpretationen der Forschenden und Perspektiven der Betroffenen/Teilnehmenden, wurde nicht durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genauere Ausführungen der Analyse z. B. zum Vorgehen beim Erstellen der Überthemen, würde die Glaubwürdigkeit erhöhen.</li> </ul> <p><b>Dokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausser den wortwörtlichen Transkripten gibt es keine Dokumentation.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <p>Es werden keine ethisch relevanten Fragen diskutiert.</p> <p><b>Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben, wie die Forschenden mit Vorverständnis/Wertvorstellungen umgegangen sind.</li> <li>- Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden aus vorangehenden Studien wird nicht reflektiert.</li> </ul>		
--	---	--	--

**Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985):**

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

**Glaubwürdigkeit:**

- Es wurden keine Feldnotizen erstellt (nonverbalen Äusserungen wurde keine Beachtung geschenkt).
- +Datensättigung wird diskutiert.
- Ergebnisse wurden nicht mit den Teilnehmenden besprochen.

**Zuverlässigkeit**

- + Daten wurden immer durch die gleiche Person erhoben.
- + Die Ergebnisse wurden übersichtlich dargestellt.
- Keine Dokumentation der Datenanalyse

**Bestätigbarkeit:**

- + Ein Teil der Datenanalyse wurde durch andere Forschenden/Mitautorinnen-/ Autoren verifiziert.
- + Kategorien wurden direkt aus den Daten gebildet.
- + Es wurde deklariert, dass keine Interessenskonflikte vorherrschten.
- Hintergrund und Vorannahmen der Forschenden wurden nicht beschrieben.
- Keine Begleitung durch externe Person.

**Übertragbarkeit:**

- + Demografische Daten zu den Teilnehmenden wurden ermittelt.
- Zitate wurden nicht direkt in den Text eingebaut, sind in einer Tabelle ersichtlich.
- Forschende und Teilnehmer standen vor der Forschung in Beziehung zueinander.
- Orte für die Interviews waren durch die Forschenden vorbestimmt.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Stufe 6 auf der 6S-Pyramide

## Anhang C5: Manias et al. (2011)

### Zusammenfassung der Studie: Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etwa 45-80 % der hospitalisierten Menschen ab 65 Jahren haben Schmerzen, die nicht genügend behandelt werden.</li> <li>- Ein Grund ist das erschwerte Schmerzassessment, aufgrund von kognitiven und sensorischen Einschränkungen.</li> </ul> <p><b>Forschungsziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Effektivität einer 8-stündigen Schulung für Pflegefachpersonen zu untersuchen, durch welche die Schmerzintensität bei älteren Menschen reduziert werden soll.</li> <li>- Die Anwendung von Schmerzassessmentinstrumenten durch Pflegefachpersonen vor der Schulung, unmittelbar nach der Schulung und 3 Monate danach zu vergleichen.</li> <li>- Der Einfluss von Pflegefachpersonen auf die Verordnungen von Analgetika vor der Schulung, unmittelbar nach der Schulung und 3 Monate danach zu vergleichen.</li> <li>- Der Einsatz von nicht-pharmakologischen Interventionen durch Pflegefachpersonen vor der Schulung, unmittelbar nach der Schulung und 3 Monate danach zu vergleichen.</li> </ul> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die momentane Studienlage zu Interventionen, die die Schmerzbehandlung bei älteren Menschen verbessern könnten, ist</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitative Studie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht-äquivalentes Kontrollgruppendesign</li> <li>- Begründung: Ein randomisiertes Kontrolldesign wurde nicht gewählt, damit in den zwei verschiedenen Settings nicht manche Pflegefachpersonen der Kontrollgruppe und manche der Interventionsgruppe angehören.</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention/Schulung</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <p>Geriatrische Patientinnen und Patienten</p> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 Pflegefachpersonen pro Gruppe: Bachelorabschluss, dauerhafte Anstellung in einem der beiden Spitäler</li> <li>- 96 Patientinnen und Patienten pro Gruppe (Pro Setting und pro Phase jeweils 32 Patientinnen und Patienten): akute oder chronische Schmerzen in den letzten 24 Stunden, Mini-Mental-Status von mindestens 24, Betreuung durch eine teilnehmende Pflegefachperson, stabiler Zustand</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen: keine zufällige Einteilung in die zwei Gruppen</li> <li>- Patientinnen und Patienten: randomisierte Auswahl</li> <li>- Zwei Studiengruppen</li> <li>- Setting: zwei ähnliche geriatrische Stationen in verschiedenen Ausbildungsspitalen in Melbourne, Australien</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beobachtungsfragebogen</li> <li>- Schmerzerfassung</li> <li>- Überprüfung der Pflegedokumentation</li> <li>- Kontrolle der Medikamentenbestellung</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1.5 Monate vor der Intervention, 2 Tage nach der Intervention und 3 Monate danach, während unterschiedlicher Tageszeiten</li> <li>- Pflegefachpersonen wurden zudem über zwei Stunden beobachtet, ob sie Schmerzassessmentinstrumente und nicht-pharmakologische Interventionen anwenden.</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <p><b>Wirkung auf Schmerzen der Patientinnen und Patienten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VAS nach der Intervention in Kontrollgruppe (M=6.05) statistisch signifikant höher als in der Interventionsgruppe (M=4.4)</li> <li>- Schmerzreduktion in der Interventionsgruppe zeigten auch das SF-MPQ, die Abbey Skala, die PAINAD Skala und die FPS-R.</li> </ul> <p><b>Gebrauch von Schmerzassessmentinstrumenten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendung von Schmerzassessmentinstrumenten blieb bei Kontrollgruppe über die drei Phasen konstant, bei der Interventionsgruppe gab es einen Anstieg.</li> <li>- Interventionsgruppe braucht vor allem VAS und NRS, PAINAD und Abbey Skala wurden nicht angewendet.</li> </ul> <p><b>Schmerzmanagement mit Analgetika:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxycodon aus der Reserve wurden vor der Intervention in der Kontrollgruppe 1.2 Mal mehr verordnet als in der Interventionsgruppe, unmittelbar nach der Intervention 4 Mal mehr und nach 3 Monaten 1.6 Mal mehr.</li> </ul> <p><b>Schmerzmanagement mit nichtmedikamentösen Anwendungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendung von Massagen, Übungen, oberflächlicher Wärmezufuhr, Entspannungstechniken und transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS) blieb in der Kontrollgruppe relativ konstant, in der Interventionsgruppe gab es einen Anstieg in der Anwendung von Massagen, Übungen und Entspannungstechniken.</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die vermehrte Anwendung von Schmerzassessmentinstrumenten in der Interventionsgruppe könnte die verminderte Schmerzintensität bei den getesteten Personen begründen.</li> <li>- Die gesteigerten Fixmedikationen könnten dadurch begründet werden, dass Pflegefachpersonen ihr gewonnenes Wissen aus der Schulung mit Ärztinnen und Ärzten aus dem Team teilten. Ausserdem nahmen zwei Stationsärzte oder -ärztinnen, zwei Assistenzärzte oder -ärztinnen und ein Apotheker oder eine Apothekerin an der Schulung teil.</li> <li>- Die Anwendung von oberflächlicher Wärmezufuhr und TENS wurde durch die Intervention wahrscheinlich nicht erhöht, da diese durch die Physiotherapie geplant und durchgeführt werden.</li> </ul> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strukturierte Instruktion und klinisches Training verbessern die Schmerzsituation bei älteren Menschen.</li> <li>- Es ist möglich, dass bei kognitiv eingeschränkten Personen die Resultate nicht gleich eindeutig wären.</li> </ul> <p><b>Erreichen der Forschungsziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Forschungsziele werden erreicht.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studie beschränkt sich nur auf kognitiv nicht eingeschränkte Patientinnen und Patienten</li> <li>- Schwerpunkt auf Selbsteinschätzungsinstrumente</li> <li>- Es wird nicht erfasst, wie viel Zeit zwischen dem Assessment und der Gabe von Analgetika vergeht.</li> <li>- Die Pflegefachpersonen könnten ihre</li> </ul>

<p>noch sehr klein und durchgeführte Studien weisen viele Limitationen auf.</p>	<p><b>Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventionsgruppe: 6-stündige Instruktion in 2er oder 3er Gruppen, 2-stündiges klinisches Training</li> <li>- Kontrollgruppe: übliche Weiterbildungsmöglichkeiten im Haus, diese handelten jedoch nicht von Schmerzassessment oder -management</li> </ul> <p><b>Fokus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrieren für ein effektives Schmerzassessment und -management überwinden, Patientenanamnese bezüglich Schmerzen, klinisches Assessment, Schmerzcharakteristik erfassen, Herausforderungen des Assessments bei Menschen mit speziellen Bedürfnissen, acht Schmerzassessmentinstrumente und ihre Nützlichkeit je nach kognitiven Einschränkungen, Handlungsschritte bei Schmerzen</li> </ul> <p><b>Statistische Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datensammlung durch geschulten Forschungsassistenten</li> <li>- Schmerzerfassung: VAS, revidierte Gesichter Schmerzskala (FPS-R), Kurzform McGill Schmerzfragebogen (SF-MPQ), PAINAD, Abbey Schmerzskala, NRS, verbale Beschreiberskala (VDS), funktionale Schmerzskala</li> <li>- deskriptive statistische Analyse, keine Begründung</li> <li>- GenStat Version 13</li> <li>- festgelegte Faktoren: beide Settings, drei Phasen</li> <li>- Kovariante: Alter, Anzahl chronischer Krankheiten, muskuloskelettale Erkrankungen</li> <li>- Binär und ordinal logistisches Regressionsmodell</li> <li>- Häufigkeitzählung der durchgeführten Schmerzassessments und der Analgetikagabe</li> <li>- Stichprobenumfangrechnung, um Teilnehmerzahl festzulegen</li> </ul> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordinalniveau</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>P &lt; 0.05</math> wurde als statistisch signifikant definiert, keine Begründung</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethische Fragen werden nicht diskutiert, keine Massnahmen werden gemacht</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird keine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt. Alle Beteiligten gaben ihr schriftliches Einverständnis.</li> </ul>	<p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Ergebnisse werden verständlich in Form von Tabellen präsentiert.</li> </ul>	<p>Arbeitsweise geändert haben, da sie unter Beobachtung standen. Sie wussten jedoch nicht, dass sie bezüglich Schmerzmanagement beobachtet werden und frühere Studien zeigen, dass sich Personen schnell an das beobachtet werden gewöhnen.</p> <p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse werden nicht mit ähnlichen Studien verglichen.</li> </ul> <p><b>Implikationen:</b></p> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein bSAI ist sinnvoll als zusätzliches Assessment, die Selbsteinschätzung gilt jedoch immer als erster Ansatz für das Assessment bei kognitiv intakten Personen.</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere Studien multidisziplinär durchführen</li> <li>- Effektivität der Intervention bei kognitiv eingeschränkten Personen testen</li> <li>- Untersuchen, warum Pflegefachpersonen bestimmte Instrumente benutzen und ob diese angebracht sind.</li> </ul>
---	--	--	---

## Würdigung der Studie: Testing an educational nursing intervention for pain assessment and management in older people

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet, ob mit der beschriebenen Intervention relevante Problempunkte in der Pflegepraxis verbessert werden können.</li> <li>- Die Studie befasst sich nicht mit kognitiv eingeschränkten Personen.</li> </ul> <p><b>Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie formuliert nicht explizit eine Forschungsfrage, jedoch vier klar definierte Ziele.</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Problem stützt sich auf bereits vorhandene Literatur, diese ist logisch und verständlich dargestellt.</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbindung zu den Forschungszielen ist nachvollziehbar</li> <li>- Untersuchungs- und Kontrollgruppe vorhanden, bei beiden werden vor und nach der Intervention Daten erhoben, die Intervention wird aber nur bei der Untersuchungsgruppe durchgeführt.</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die interne Validität wird gewährleistet, indem die Teilnehmenden nicht wissen, zu welcher Gruppe sie angehören und was genau untersucht wird. Ausserdem werden bei den Betroffenen unterschiedliche Schmerzassessmentinstrumente angewendet, um emotionale und physiologische Einflüsse auszuschliessen.</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die externe Validität ist gewährleistet, da die Studie auf die Population übertragbar ist.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen sind nicht randomisiert zu den Gruppen zugeteilt, dies ist jedoch logisch begründet, weil es sonst zu einer gegenseitigen Beeinflussung kommen könnte, wenn auf der Station beide Testgruppen vertreten sind.</li> <li>- Die Stichprobenziehung ist angebracht.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse können auf geriatrische Stationen übertragen werden. Es ist nicht klar, ob sie auf kognitiv eingeschränkte Personen übertragen werden können.</li> </ul> <p><b>Stichprobengrösse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobengrösse wird mit einer Stichprobenumfangrechnung begründet. Diese ergab, dass in jeder Gruppe mindestens 30 Patientinnen und Patienten sein sollen. Die Stichprobengrösse ist für das gewählte Design daher angemessen.</li> <li>- Ein- und Ausschlusskriterien werden genau aufgezeigt.</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Vergleichsgruppen sind gleich gross.</li> <li>- Es wurde zufällig eingeteilt, welche Station die Untersuchungs- und welche die Kontrollgruppe darstellt.</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die 96 Patientinnen und Patienten konnten nicht über alle drei Phasen beobachtet werden, was die Ergebnisse beeinflussen könnte.</li> <li>- Weitere Drop-Outs werden nicht beschrieben.</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung mithilfe des Beobachtungsfragebogens ist nachvollziehbar.</li> <li>- Die Schmerzerfassung wird detailliert beschrieben.</li> <li>- Die Sichtung der Dokumentationen der Pflegepersonen vor der Studie wird nicht genau beschrieben.</li> <li>- Die Kontrolle der Medikamentenbestellungen wird nicht näher beschrieben.</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten werden bei allen Teilnehmenden gleich erhoben.</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind präzise und ausführlich.</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Tabellen und Grafiken sind präzise, vollständig und eine Ergänzung zum Text.</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Resultate werden diskutiert.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</li> </ul> <p><b>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird Bezug auf die Forschungsziele genommen.</li> <li>- Es wird nicht mit anderen Studien verglichen, jedoch wird Bezug auf andere Studien genommen, um sich darauf zu stützen.</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht.</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitationen werden kritisch diskutiert.</li> <li>- Es wird nicht darauf eingegangen, wie aussagekräftig die Daten zu den Schmerzen sind. Da die Patientinnen und Patienten jeweils nicht über alle drei Phasen beurteilt wurden, wurden auch die Schmerzen in den verschiedenen Phasen nicht anhand der gleichen Personen verglichen.</li> <li>- Von der zweiten zur dritten Phase sinken die Anwendung von Schmerzassessmentinstrumenten und nicht-pharmakologischen Interventionen leicht, es ist daher fraglich, ob die Intervention beständig ist. Dies wird nicht diskutiert.</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Intervention ist in der Praxis umsetzbar, wenn genügend Zeit und Ressourcen vorhanden sind.</li> </ul>

	<p><b>Vollständigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daten sind komplett erfasst</li> </ul> <p><b>Reliabilität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Reliabilität der verwendeten Schmerzskaalen ist gewährleistet, lediglich die Abbey Skala zeigt nur eine ausreichende Reliabilität.</li> </ul> <p><b>Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Skalen sind valide.</li> <li>- Die Entstehung des Überwachungsfragebogens wird nicht beschrieben. Es können daher keine Aussagen zu Reliabilität und Validität gemacht werden.</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Auswahl der Messinstrumente wird nicht begründet.</li> </ul> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Einflüsse auf die Intervention beschrieben.</li> </ul> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben</li> </ul> <p><b>Sinnvolle Verfahren passend zum Datenniveau?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die deskriptive statistische Analyse wurde sinnvoll eingesetzt, um Häufigkeiten zu zählen, Prozentzahlen zu ermitteln, Mittelwerte erfassen und Standardabweichungen aufzuzeigen.</li> <li>- Die binär logistische Regression wurde sinnvoll eingesetzt, um die Wahrscheinlichkeiten zu berechnen.</li> <li>- Die ordinal logistische Regression wurde sinnvoll für die Auswertung der Schmerzangaben eingesetzt, entspricht dem Ordinalniveau der Schmerzerfassung.</li> </ul> <p><b>Beurteilung statistischer Angaben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung.</li> </ul> <p><b>Höhe Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht begründet. Der Alpha-Wert von 0.05 ist nachvollziehbar, da dies in der Pflegeforschung das unterste akzeptable Signifikanzniveau ist.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <p>Eine Genehmigung der Ethikkommission war nicht nötig, da die Teilnahme freiwillig war und die Intervention keinen physischen oder psychischen Schaden anrichten konnte. Die Teilnehmenden wurden genügend informiert.</p>		<p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie könnte auch in einem anderen klinischen Setting, wie zum Beispiel im Pflegeheim, umgesetzt werden.</li> </ul>
--	--	--	---

#### **Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):**

##### **Objektivität:**

Die Objektivität ist gewährleistet. Der Forschungsassistent wurde im Voraus für den Beobachtungsfragebogen geschult. Es war ihm nicht bekannt, welches die Untersuchungs- und welches die Kontrollgruppe ist. Eine oder einer der Forschenden begleitete den Forschungsassistenten für ein paar Stunden, um die Datenerhebung zu überprüfen. Dies ergab eine 100 %-ige Übereinstimmung. Die Teilnehmenden wussten nicht, welcher Gruppe sie angehörten. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe konnten dies aber vermutlich annehmen. Studienablauf ist nachvollziehbar.

##### **Reliabilität:**

Die Messinstrumente der Studie sind klar definiert. Es ist nachvollziehbar, wie die Zahlen erreicht wurden. Die Entstehung des Beobachtungsfragebogens wird nicht beschrieben. Dessen Zuverlässigkeit kann somit nicht überprüft werden. Die Datenanalyse ist genau beschrieben. Die Abbey Skala zeigt lediglich eine ausreichende Reliabilität.

##### **Validität:**

Das Studiendesign ist passend zu den Studienzielen und die Methode ist nachvollziehbar beschrieben. Interne Validität und externe Validität sind gewährleistet.

##### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Stufe 6 auf der 6S Pyramide



## Anhang C6: Monroe et al. (2015)

### Zusammenfassung der Studie: Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Phänomen:</b> Praktiken und Methoden von Pflegefachpersonen zum Identifizieren und Lindern von Schmerzen bei Pflegeheimbewohnern mit einer Demenz</p> <p><b>Literatur:</b> - Schlecht behandelte Schmerzen beeinflussen die Pflegequalität sowie die Lebensqualität von Menschen mit Demenz. - Epidemiologische Zahlen sagen einen Anstieg der Demenzerkrankungen voraus. - Mit dem Alter kommen Krankheiten die Schmerzen auslösen können. → 70 % aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner leiden unter Schmerzen. Daraus lässt sich schliessen, dass auch viele Menschen mit einer Demenz Schmerzen haben. - 16-40 % der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner werden analgetisch unzureichend behandelt, 40 % der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erhielten am Lebensende keine Opiode. Gründe: ungenügende Ausbildung in Dosierung/Verabreichen von starken Schmerzmitteln, Sorgen von Betroffenen und Angehörigen gegenüber Opioidtherapien. - Schmerzassessment und -management ist herausfordernd, wenn Menschen keine Selbstausskunft geben können, an</p>	<p><b>Ansatz:</b> - Qualitative Studie Erklärung/Begründung/weitere Informationen: keine vorhanden</p> <p><b>Design:</b> - Explorative Studie - Erklärung/Begründung/weitere Informationen: keine vorhanden</p> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b> - Halbstandardisierte (semistrukturierte) Fokusgruppeninterviews (Experteninterviews) - Erklärung/Begründung/weitere Informationen: Geeignet um Verständnis eines Themas zu erhalten, Antworten der realen Welt zu spiegeln und Zusammenhänge zu verstehen (in Diskussion beschrieben)</p> <p><b>Population:</b> - Pflegefachpersonen mit Erfahrungen in der Pflege von Menschen mit Demenz am Lebensende</p> <p><b>Stichprobe:</b> - 29 Pflegefachpersonen - Zwei amerikanischen Langzeitpflegeeinrichtungen (eine städtisch, eine vorstädtisch) - Einschlusskriterien: abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachperson, direkter Arbeitskontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern Ausschlusskriterien: keine Kompetenzen im Schmerzassessment und -management</p> <p><b>Stichprobenziehung:</b> - Aufruf via Poster, E-Mails und Mund zu Mund Propaganda in den zwei Langzeitpflegeeinrichtungen. Interessierte konnten sich direkt bei den Forschenden melden - Gezielte, non-probabilistische Stichprobe (Gelegenheitsstichprobe), freiwillige Teilnahme - Die Teilnehmenden erhielten eine Mahlzeit und eine 30 Dollar Geschenkkarte.</p> <p><b>Art:</b> - Halbstandardisierte (semistrukturierte) Fokusgruppeninterviews (Experteninterviews), pro Institution zwei Interviewgruppen gebildet (à 4-11 Mitgliedern) - Die Interviewfragen wurden nach dem Rahmenkonzept von Monroe, Gore, Chen, Mion &amp; Cowan (2012) erstellt. - Die Interviews wurden nach Krueger's Guidelines (Krueger&amp;Stone, 2008) von zwei Personen durchgeführt.</p>	<p><b>Ein komplexes Puzzle zusammensetzen:</b> - Schmerzassessment bei Menschen mit einer Demenz ist ein komplexer Prozess. - Gute Kenntnisse der Betroffenen müssen vorhanden sein, dies braucht Zeit. - Informationen von dem Betroffenen, dessen Familien, der Umgebung, aus der Krankenakte und dem Pflegeteam müssen einbezogen und im Kontext betrachtet werden. - Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner war Pflegefachpersonen wichtig.</p> <p><b>Unsicherheit über das Schmerzerleben bei Menschen mit einer Demenz:</b> - Oft wissen Pflegefachpersonen trotz grossen Bemühungen nicht, ob Betroffene unter Schmerzen leiden. - Unfähigkeit der Betroffenen sich selbst auszudrücken ist herausfordernd.</p> <p><b>Ein Detektiv sein:</b> - Wohlbefinden wurde durch Schmerzassessment und Einbezug von diversen Informationen wie verbale und verhaltensbasierte Auffälligkeiten, Schmerzskaalen, Daten aus Krankenakten und Umweltfaktoren (Wetterveränderungen, Temperatur, Lärmpegel) beurteilt. - Es wurde versucht, zwischen</p>	<p><b>Beurteilung der Ergebnisse durch die Forschenden:</b> - Pflegefachpersonen möchten durch Schmerzassessment /-management Wohlbefinden und Lebensqualität für die Betroffenen erreichen. - Regelmässiges Reassessment und Anwendung von Interventionen sind der Schlüssel zu diesem Ziel.</p> <p><b>Ein komplexes Puzzle zusammensetzen:</b> - Pflegefachpersonen nutzen komplexe Strategien für die Schmerz-Erkennung/-erfassung. - z. B. Verhaltensveränderungen als Hinweise für Schmerzen und das Zurückkehren zu alltäglichen Verhaltensmustern als Hinweise für Schmerzlinderung - Trotzdem wissen Pflegefachpersonen nie wirklich, ob Betroffene Schmerzen haben oder nicht. Dies erschwert die Wahl des Behandlungsweges (zwischen Analgesie oder anderer Intervention). <b>Unsicherheit über das Schmerzerleben bei Menschen mit einer Demenz:</b> - Schwierigkeiten beim Ermitteln von Schmerzen, deren Ausmass und Intensität einzuschätzen, werden angegeben, - Laut Studien sind Assessmentinstrumente und Richtlinien dafür ungeeignet. - Dies ist evtl. eine Erklärung, warum Richtlinien häufig missachtet werden. - Dokumentationen über schlecht behandelte Schmerzen bei Demenz sind nicht verwunderlich, wenn die Schmerzerkennung so komplex ist.</p> <p><b>Konfliktlösung:</b> - Familien der Betroffenen werden als Partner wahrgenommen, können aber auch</p>

<p>Demenz angepasste Methoden sind entscheidend.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhaltensveränderungen können Anzeichen für Schmerzen, aber auch für verhaltensbasierte Demenzsymptome sein. Diese werden oft verwechselt. Genaues Assessment und angepasste Behandlungen könnten die Verabreichung von Psychopharmaka reduzieren.</li> </ul> <p><b>Forschungsziel:</b> Die Forschenden setzten sich das Ziel, Praktiken und persönliche Methoden von Pflegefachpersonen zum Identifizieren und Lindern von Schmerzen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern mit einer Demenz zu erfassen.</p> <p><b>Zweck:</b> - Barrieren in den heutigen Richtlinien sollen aufgedeckt werden, um das Assessment/Management von Schmerzen bei Menschen mit Demenz zu verbessern. Durch Anpassungen der Schmerzmanagementstrategien kann dann die Pflegequalität gesteigert und der Gebrauch von Psychopharmaka gesenkt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei allen Interviews wurde identisch vorgegangen.</li> <li>- Die direkten Interaktionen zwischen Studienteilnehmenden wurden gefördert.</li> <li>- Digitale Audioaufnahme</li> <li>- Dokumentation der Körpersprache</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b> - einmalig</p> <p><b>Verarbeitung der Daten:</b> - wörtliche Transkription</p> <p><b>Diskussion des qualitativen Ansatzes/methodische Vorgehensweise:</b> - Wird nicht diskutiert - Qualitative Studie, Phänomenologie, ein ganzheitliches Verständnis über subjektive Werte und Erfahrungen soll generiert werden. - Nicht-experimentelles Forschungsdesign, dient zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen) die natürlich vorkommen. - Deskriptive/explorative Übersichtsstudie, soll umfangreiche Informationen zu Phänomenen ermitteln (z. B. Meinungen/Einstellungen), die dann zur Verbesserung/Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden.</p> <p><b>Strategien/Vorgehensweisen:</b> - Interviewtranskription durch eine unabhängige Firma - Datenanalyse mit Hilfe der Scissor und Sort Technik (Krueger &amp; Stone, 2008) - Transkripte und Feldnotizen wurden durch die drei Forschenden unabhängig voneinander bearbeitet. - Vorgegangen wurde wie folgt: Lesen von allen Transkripten, übereinstimmende Themen farbig markieren, Aussagen markiert mit der gleichen Farbe zusammenfügen. Gemeinsam wurde dann nach grösseren Themenbereichen gesucht.</p> <p><b>Qualität Datenanalyse:</b> Zur Qualität der Datenanalyse wird keine Stellung genommen. Es wird beschrieben, dass zur Sicherstellung der Glaubwürdigkeit Prüfpfade erstellt wurden.</p> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b> - Keine ethisch relevanten Fragen werden diskutiert. - Eine schriftliche Verzichtserklärung/Schweigepflicht stellte sicher, dass die Anonymität der Teilnehmenden gewährt wurde. - Schriftliches Einverständnis wurde eingeholt. - Keine Daten wurden erhoben, aus denen Schlüsse auf die Teilnehmenden gezogen werden konnten.</p> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b> - Durch das Institutional Review Board (institutionelle Überprüfungscommission) der Vanderbilt Universität</p>	<p>emotionalem und physischem Unwohlsein zu unterscheiden.</p> <p><b>Klärende Faktoren:</b> - Fachkenntnisse der Pflegefachperson - Kommunikation mit der Familie und dem interdisziplinären Team - Längere Beziehung zu den Betroffenen</p> <p><b>Konfliktlösung:</b> - Die Balance zwischen Wünsche der Familie und Bedürfnisse der Betroffenen zu finden, sei schwer, z.B. bei ethischen Themen oder Hemmungen (bei Personal und Angehörigen) beim Einsatz von betäubenden Medikamenten am Lebensende.</p> <p><b>Rolle der Pflegefachperson</b> - Ständig wachsam sein - Bereitschaft anderes auszuprobieren - Priorisieren des Wohlbefindens und der Lebensqualität der Betroffenen - Mitbetreuung der Angehörigen</p> <p><b>Veranschaulichung der Daten:</b> - Zitate</p>	<p>herausfordernd sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konflikte sollen gelöst werden, Bedenken sollen offen angesprochen werden.</li> <li>- Pflegefachpersonen beachten die Anliegen der Betroffenen und der Angehörigen.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b> - Einzelinterviews hätten evtl. zu tiefgründigeren Informationen und mehr Meinungsäusserungen geführt als Fokusgruppeninterviews. - Limitierte Generalisierbarkeit durch kleine Stichprobe und zwei Durchführungsorte. - Vorgehensweisen der Pflegefachpersonen beim Schmerzassessment/-management wurden nur erzählt, nicht beobachtet.</p> <p><b>Implikationen für die Praxis/zukünftige Forschung:</b> - Die Anwendung von spezifischen Schmerzassessmentinstrumenten wird empfohlen - Komforttheorien sollten beim Entwickeln von Assessmentinstrumenten und Management für Menschen mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten beachtet werden. - Weiterentwicklungen der spezifischen Schmerzassessmentinstrumente sind nötig. - Einstellungen/Strategien der Pflegefachpersonen sowie der Bereich Comfort-Pflege müssen weiter erforscht werden, um Schmerzerkennung und -management bei Menschen mit Demenz zu erleichtern. - Überschneidung Schmerzzeichen und verhaltensbasierte Symptome der Demenz: Forschung nötig, um zu verstehen, aus welchen Gründen sich Pflegefachpersonen für eine Verabreichung von Schmerzmitteln oder Psychopharmaka entscheiden.</p>
--	--	--	---

## Würdigung der Studie: Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, da sie Vorgehensweisen für das Schmerzassessment bei Demenz untersucht.</li> </ul> <p>Geeignete Schmerzmanagementstrategien sind ausschlaggebend für eine hohe Pflegequalität.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist wichtig bestehende Praktiken beim Identifizieren und Lindern von Schmerzen zu kennen, um Voraussetzungen für ein valides Schmerzassessment festlegen zu können. → Frage der Bachelorarbeit</li> </ul> <p><b>Relevanz für die Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird aussagekräftig beschrieben, z. B. sagen die Forschenden, dass es oft zur Verwechslung von Schmerzzeichen und verhaltensbasierten Demenzsymptomen kommt, was zu falschen Behandlungsweisen (Psychopharmaka anstatt Analgetika) führt. Um dies zu verhindern, ist die Schmerzerkennung durch Pflegefachpersonen mit evidenzbasierten Methoden bei Menschen mit einer Demenz grundlegend.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen/Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Ziel der Forschungsarbeit wird genannt, jedoch keine Forschungsfragen gestellt.</li> <li>→ Forschungsfragen sind wünschenswert</li> <li>- Forschungsfrage hätte z. B. sein können: Welche Vorgehensweisen wählen Pflegefachpersonen für die Identifikation und Linderung von Schmerzen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde qualitative Forschung betrieben, nach der Forschungsmethode Phänomenologie. Dies ist nachvollziehbar. Die Forschenden wollen die Praktiken und Hinweise der Pflegefachpersonen zum Identifizieren und Lindern von Schmerzen bei Menschen mit einer Demenz ganzheitlich verstehen (subjektive Informationen).</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Design der Studie ist ein nicht – experimentelles Forschungsdesign. Sie dient zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen) die natürlich vorkommen.</li> <li>- Es wurde eine deskriptive/explorative Übersichtsstudie gemacht</li> <li>- Durch Übersichtsstudien sollen umfangreiche Informationen zu Phänomenen ermittelt werden (z. B. Meinungen/Einstellungen), die dann zur Verbesserung/Bestätigung von Bedingungen und Praktiken verwendet werden.</li> <li>- Genauere Beschreibung des Designs ist wünschenswert, ist aber nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema Design nachvollziehbar und passend.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Methode Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Einsatz von Gruppeninterviews ist kritisch zu beurteilen. Sie sind sinnvoll um Gruppenperspektiven zu beleuchten, zu verstehen. Geht es um individuelle Meinungen/Erlebnisse/persönliche Emotionen, sollten Einzelinterviews durchgeführt werden. In dieser Studie sind Gruppeninterviews in Ordnung, da es nicht um sehr persönliche Themen geht. Ausserdem legten die Forschenden Wert auf Interaktionen zwischen den Teilnehmern. Trotzdem muss im Hinterkopf behalten werden, dass Meinungen vielleicht weniger geteilt wurden, als dass sie in einem Einzelinterview geäußert worden wären.</li> <li>- Es ist nachvollziehbar wieso Gruppeninterviews zur Datenerhebung gewählt wurden</li> <li>- Allgemein ist die Beschreibung des Vorgehens bei der Datenerhebung eher schwer verständlich beschrieben und sehr sprunghaft.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Ansatz/Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-probabilistische Stichproben sind für qualitative Studien geeignet.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität der Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist repräsentativ und übertragbar auf Pflegefachpersonen mit Betreuungsaufgaben bei Menschen mit einer Demenz.</li> </ul> <p><b>Stichprobengröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stichprobengröße ist nicht begründet</li> <li>- Stichprobengrößen sind nicht festgelegt. Qualitative Forschung wird mit eher kleinen Stichproben betrieben, weil eine grosse Datenmenge erhoben und analysiert wird. → zeitaufwendig</li> <li>- Stichproben in qualitativen Studien sollten so lange erweitert werden, bis eine Datensättigung erreicht wird, die gesammelten Daten aussagekräftig sind. → in der Studie nicht beschrieben</li> </ul>	<p><b>Reichhaltigkeit der Daten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind vielfältig, reichhaltig und haben wertvollen Inhalt, sind von Bedeutung für die Pflege.</li> </ul> <p><b>Verankerung im Kontext/Präzision:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zum Teil sind die Ergebnisse im Kontext verankert, manche Ergebnisse eher unpassend zum Forschungsziel.</li> </ul> <p><b>Konzeptualisierung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Überthemen und die erhobenen Daten sind stimmig zum Studienziel.</li> <li>- Die anderen nur mässig</li> </ul> <p><b>Illustration:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersichtliche Darstellung, durch Gliederung in die fünf Unterthemen</li> <li>- Der Einbau von den transkribierten Aussagen in den Ergebnistext unterstreicht die Ergebnisse und macht sie transparent.</li> </ul> <p><b>Erklärung des Phänomens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ja, da nicht alle Kategorien/Unterthemen und erhobenen Informationen das Ziel der Studie präzise treffen.</li> </ul> <p><b>Kategorien/Konzepte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die gebildeten Kategorien sind unterscheidbar und passend zu den Ergebnissen.</li> </ul> <p><b>Beziehungen zwischen Kategorien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die gebildeten Kategorien fliessen nur wenig ineinander, jede Kategorie befasst sich mit etwas anderem.</li> </ul>	<p><b>Beitrag zum Verstehen des Phänomens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretation leistet einen Beitrag dazu, wie Pflegefachpersonen bei Assessment von Schmerzen bei Menschen mit Demenz vorgehen und worauf sie achten.</li> <li>- Die Diskussion hätte stärker ausgebaut werden können, viele Informationen aus dem Ergebnisteil wurden wiederholt.</li> </ul> <p><b>Beantwortung der Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschenden geben zum Erreichen des Studienziels keine Informationen bekannt.</li> <li>- Das Forschungsziel konnte teilweise erreicht werden.</li> </ul> <p><b>Bezug zur Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse wurden in Bezug mit empirischer Literatur gesetzt und diskutiert.</li> </ul> <p><b>Relevanz für die Pflege:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Relevanz für die Pflege wird nicht gross diskutiert, es werden mehr Vorschläge für weitere Forschung gemacht.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung Ergebnisse und Schlussfolgerungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Schlussfolgerungen widerspiegeln die Ergebnisse.</li> <li>- Die Studie erarbeitete viele Vorschläge für weitere Studienprojekte. Leider sind Empfehlungen durch die Forschenden spärlich.</li> </ul>

<p>bewohnern mit einer Demenz?</p> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phänomen, Hintergrund und Kontext wurden mit empirischen, epidemiologischen Daten und konzeptioneller Literatur begründet.</li> </ul> <p><b>Signifikanz der Arbeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forscher erklären, dass Forschungsbedarf vorhanden ist und was sie mit der Studie erreichen wollen.</li> <li>- Forschungslücken werden aber keine genannt.</li> <li>- Die Erkenntnisse der Studie sind nützlich für Pflegefachpersonen, Bewohner und die Verbesserungen von Schmerzassessmentinstrumenten und Richtlinien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobengröße wird als eher klein, aber als ausreichend bewertet.</li> </ul> <p><b>Beschreibung Setting/Teilnehmende:</b></p> <p>Angaben zu den Settings sind reichhaltig, zu den Teilnehmenden spärlich. Interessant wären z. B. Angaben zum Ausbildungsstand oder der Arbeitserfahrung gewesen.</p> <p><b>Erleben des Phänomens/geeignete Informanten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch die tägliche Arbeit mit dementen Menschen können Pflegefachpersonen gut Auskunft zu den Themen Schmerzprävalenz/Schmerzzeichen/Erfassen von Schmerz/Schmerzbehandlungsstrategien/Herausforderungen geben und aus Erfahrung sprechen.</li> </ul> <p><b>Gegenstand der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Praktiken und persönliche Erfahrungen von Pflegefachpersonal, um Schmerzen von Pflegeheimbewohnern zu identifizieren und zu lindern → Interviews werden als passende Methode bewertet, da es um die Erhebung von persönlichen Daten geht, die reichhaltig und komplex sind.</li> </ul> <p><b>Vorgehensweise:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist sehr sprunghaft erklärt.</li> <li>- Erstellung des Fragebogens nach dem Rahmenkonzept ist positiv.</li> </ul> <p>Das Konzept baut auf Literaturrecherche auf, wie sie empfohlen wird, um Interviewfragen zu generieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die gestellten Fragen sind in der Studie nicht ersichtlich, es ist unmöglich zu beurteilen, ob sie verständlich waren.</li> <li>- Der Fragebogen wurde nicht verifiziert. Eine Pilottest-Überprüfung des Fragebogens (Reliabilität, Validität und Varianz) wäre noch besser.</li> <li>- Die interviewenden Personen hatten Erfahrungen in geriatrischer, qualitativer Forschung und Durchführung und Analyse von Fokusgruppeninterviews.</li> <li>- Bei allen Interviews war das Vorgehen gleich.</li> <li>- Die Interviews fanden in einem geschützten Rahmen statt.</li> </ul> <p><b>Datensättigung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht diskutiert (in Stichprobe bereits erwähnt).</li> </ul> <p><b>Selbstbestimmung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht thematisiert, freiwillige Teilnahme, die Teilnehmenden handelten eigenverantwortlich und gaben ihr schriftliches Einverständnis vor dem Interview.</li> </ul> <p><b>Philosophischer Hintergrund/Standpunkt der Forschenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wird nicht dargestellt.</li> </ul> <p><b>Methodologie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Methode ist für die Zielsetzungen geeignet</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung Forschungsansatz und methodisches Vorgehen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsansatz und methodisches Vorgehen stimmen überein.</li> </ul> <p><b>Eignung der Methode für Phänomen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die gewählte Methode passt zum Phänomen.</li> </ul> <p><b>Nachvollziehbarkeit:</b></p> <p>Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird beschrieben und ist nachvollziehbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben, wie die Forschenden mit Vorverständnis/Wertvorstellungen umgegangen sind. → unbewusste Beeinflussung der Daten</li> </ul> <p><b>Referenzen:</b> Scissor und Sort Technik (Krueger &amp; Stone, 2008)</p> <p><b>Beschrieb analytischer Schritte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgehen bei der Datenanalyse wird beschrieben, die verschiedenen Schritte</li> </ul>		
---	---	--	--

	<p>werden erklärt.</p> <p><b>Präzision/Glaubwürdigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschende hatten Erfahrung in qualitativer Forschung und Analyse.</li> <li>- Beurteilungskriterien für wissenschaftliche Exaktheit:</li> </ul> <p>Glaubwürdigkeit: Die Korrektheit der Befunde aus der Sicht der Teilnehmenden wird nicht beschrieben. Die Transkripte wurden durch eine unabhängige Instanz erstellt, beim Transkribieren hatte die Perspektive der Forschenden keinen Einfluss. Die Forschungsmitglieder führten die Analyse der Transkripte unabhängig voneinander durch, Sicherstellung das die grundlegenden Themenbereiche extrahiert wurden. Ermittelte Überthemen wurden dann gemeinsam besprochen und definitiv festgelegt.</p> <p>Folgerichtigkeit: Die Erklärungen der Analyseschritte tragen zum Verständnis des Vorgehens bei und sind durch die Prüfpfade nachzuvollziehen, konkrete Beispiele (zu Datenbeispielen, Interpretationen und Synthesen) wurden nicht gemacht.</p> <p>Angemessenheit: Die Alltagswirklichkeit der Teilnehmenden wird wiedergegeben, in den Resultaten sind transkribierte Aussagen der Interviews eingebaut.</p> <p><b>Sicherstellung Glaubwürdigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiv ist, dass die Forschenden die Analysen unabhängig voneinander durchführten. Die Glaubwürdigkeit hätte mit einer Sichtung durch ein externes, unabhängiges Komitee noch verbessert werden können.</li> <li>- Besprechung Befunde/Überthemen mit den Teilnehmenden (Member Checking)→ Sicherstellung der Übereinstimmung der Interpretationen der Forschenden und der Perspektiven der Betroffenen/Teilnehmenden, wurde nicht durchgeführt</li> <li>- Erklärende Beispiele der Analyse z. B. Zuordnung der Überthemen, würden die Glaubwürdigkeit erhöhen.</li> </ul> <p><b>Dokumentation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentation des Analyseprozesses in den Transkripten und den erstellten Prüfpfaden ermöglichen eine Überprüfung der Datenanalyse.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <p>Es werden keine ethisch relevanten Fragen diskutiert.</p> <p><b>Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht beschrieben, wie die Forschenden mit Vorverständnis/Wertvorstellungen umgegangen sind.</li> <li>- Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden aus vorangehenden Studien wird nicht reflektiert.</li> </ul>		
--	--	--	--

**Einschätzung der Güte nach Lincoln und Guba (1985):**

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

**Glaubwürdigkeit:**

- + Es wurden Feldnotizen erstellt (nonverbale Äusserungen wurden miteinbezogen).
- Es wird keine Datensättigung diskutiert.
- Ergebnisse wurden nicht mit den Teilnehmenden besprochen.

**Zuverlässigkeit**

- + Daten wurden immer durch die gleiche Person erhoben.
- + Die Datenanalyse wurde durch Prüfpfade dokumentiert.
- +/- Die Ergebnisse wurden übersichtlich dargestellt, keine grafischen oder tabellarische Darstellungen.

**Bestätigbarkeit:**

- + Die Datenanalyse wurde durch andere Forschende/Mitautorinnen/Mitautoren verifiziert.
- + Kategorien wurden direkt aus den Daten gebildet.
- + Durchführung der Transkription durch externe Firma.
- Es wurde nicht deklariert, ob Interessenskonflikte vorliegen.
- Hintergrund und Vorannahmen der Forschenden wurden nicht beschrieben.

**Übertragbarkeit:**

- + In den Ergebnisstil wurden viele Zitate eingebaut.
- + Forschende und Teilnehmende kannten sich vor der Forschung nicht.
- Keine demografischen Daten zu den Teilnehmenden wurden ermittelt.
- Orte für die Interviews waren durch die Forschenden vorbestimmt.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach Di Censo et al. (2009):**

Stufe 6 auf der 6S-Pyramide

## Anhang C7: Neville et al. (2006)

### Zusammenfassung der Studie: Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: A needs analysis

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 45-83 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen leiden unter Schmerzen, bis zu 60 % sind von einer Demenz betroffen.</li> <li>- Menschen mit Demenz erleben Schmerzen gleich wie kognitiv intakte Menschen.</li> <li>- Bei dementen Menschen bestehen einige Barrieren für ein adäquates Schmerzmanagement (zum Beispiel Wissensdefizite, falsche Annahmen, Angst vor Medikamentenabhängigkeit, Verordnung von Reserve- anstatt Fixmedikation).</li> <li>- Aus ethischer Sicht ist es wichtig Schmerzen zu erkennen und sie richtig zu behandeln.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welches Wissen haben Pflegefachpersonen bezüglich Schmerzmanagement bei älteren Menschen mit Demenz?</li> <li>- Was sind die Ansichten der Pflegefachpersonen bezüglich Ausbildung und Schulungen?</li> <li>- Was sollte bei der Planung von Schulungsprogrammen für Schmerzmanagement in Toowoomba, Australien, beachtet werden?</li> </ul> <p><b>Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen in den ländlichen Regionen von Queensland, Australien, sind nicht genügend ausgebildet, um ein adäquates Schmerzmanagement</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitative Studie</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es handelt sich um eine Bedarfsanalyse für die Bedürfnisse von Pflegepersonen bezüglich Schmerzmanagementedukation. Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegepersonen, die mit Menschen mit Demenz arbeiten</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <p>55 Pflegefachpersonen, 120 PAs, 19 FaGes</p> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zufällig</li> <li>- Flyer zur Teilnahme wurden in 13 Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen verteilt</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <p>Fragebogen (40 Fragen)</p> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <p>Einmalige Datenerhebung</p> <p><b>Messinstrument:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine abgeänderte Form der Toronto Schmerz Management Bestandsaufnahme (TPMI) wurde verwendet, um das Wissen über Schmerzmanagement der Teilnehmenden zu erfassen.</li> <li>- Um die Reliabilität des abgeänderten TPMI zu testen, wurde eine separate Studie durchgeführt.</li> </ul> <p><b>Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Intervention</li> </ul> <p><b>Fokus:</b></p> <p>Erfasst wurden demografische Daten, Wissen über Schmerzen, Schmerzmanagement und Vorstellung von optimaler Schmerzedukation.</p> <p><b>Statistische Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPSS Version 11</li> <li>- Mittelwerte und Standardabweichungen wurden für die fortlaufenden Daten verwendet.</li> <li>- Häufigkeiten wurden für die Nominaldaten notiert.</li> <li>- ANOVAs wurden durchgeführt, um Unterschiede zwischen den drei Pflegeniveaus zu finden.</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <p><b>Wissen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 28 % (n=56) der Teilnehmenden glauben, dass 91 %-100 % der älteren Menschen mit Demenz Schmerzen haben.</li> <li>- 44 % glauben, dass diese Patientengruppe zumindest Schmerzen im Allgemeinen verbal äussert, wodurch ein ineffektives Schmerzmanagement erkannt werden kann.</li> <li>- 39 % (n=77) denken, dass Schmerzen vorhanden sein müssen, bevor weitere Analgetika gegeben werden können.</li> <li>- 17 % (n= 33) sind der Meinung, dass starke Schmerzen vorhanden sein müssen, bis Analgetika verabreicht werden.</li> <li>- Pflegefachpersonen glauben eher, dass eine Medikamentenabhängigkeit bei der beschriebenen Patientengruppe auftreten kann als PAs.</li> <li>- 52 % (n=103) schätzen ihr Fachwissen als durchschnittlich ein und 26 % (n=52) als nicht genügend oder knapp genügend. ANOVA zeigte diesbezüglich starke Unterschiede zwischen den drei Gruppen. FaGes schätzen ihr Fachwissen schlechter ein als Pflegefachpersonen.</li> <li>- 26 % (n=52) fühlen sich ziemlich sicher bis sehr sicher im Schmerzmanagement und 27 % (n= 52) im Umgang mit standardisierten Schmerzmanagementinstrumenten.</li> </ul> <p><b>Ausbildungsprogramm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 % (n=59) haben innerhalb des vergangenen Jahres keine Schulung bezüglich Schmerzmanagement erhalten.</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzen bei dementen Menschen werden oft nicht erkannt, weil die Betroffenen Schmerzen nicht wie kognitiv intakte Menschen verbalisieren und nicht selbständig nach Analgetika fragen.</li> <li>- Weitere Ergebnisse werden nicht begründet.</li> </ul> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die demografischen Daten der Stichprobe decken sich mit denen der Pflegepersonen in ganz Australien. Bildungsprogramme, die sich basierend auf dieser Studie entwickeln, können daher im ganzen Land angewendet werden.</li> <li>- Pflegepersonal hat nicht genügend Wissen für ein adäquates Schmerzmanagement</li> <li>- Mangel an zur Verfügung stehenden Expertinnen und Experten</li> <li>- Schulungen sind hilfreich</li> <li>- PAs erkennen Schmerzen bei dementen Menschen eher als Pflegefachpersonen, jedoch leiten sie seltener eine Intervention ein.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschungsfragen können beantwortet werden.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Limitationen beschrieben.</li> </ul> <p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Vergleich mit anderen Studien zeigt, dass Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen weniger Wissen über Schmerzmanagement haben als zum Beispiel Pflegefachpersonen von Palliativstationen.</li> <li>- Ausserdem wird gezeigt, dass Analgetika nur ungenügend verabreicht werden. Dies unterstützt auch eine andere Studie, die</li> </ul>

<p>bei kognitiv eingeschränkten älteren Personen, vor allem mit Demenz, durchzuführen.</p> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aus ethischen Gründen ist eine gute Schmerzerkennung vor allem bei dieser verletzlichen Gruppe besonders wichtig. Auch, um eine unnötige oder zu hohe Gabe von Psychopharmaka zu verhindern und zur Verbesserung der Lebensqualität. Der Fokus der Studie liegt auf der ländlichen Region, da dort die Anzahl älterer Menschen höher ist als in den Städten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post-hoc Analyse (Test nach Tukey)</li> <li>- T-Tests wurden gemacht, um Unterschiede zwischen Pflegefachpersonen und FaGes bezüglich Medikamentengabe aufzuzeigen.</li> </ul> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervallniveau</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>P &lt; 0.05</math> gilt als statistisch signifikant, wenn nicht anders vermerkt.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethische Fragen und Massnahmen werden nicht besprochen.</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ethikkommission der Universität von Südqueensland hat der Studie zugestimmt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 92 % (n=74) derjenigen, die eine Weiterbildung gemacht haben oder eine interne Schulung erhalten haben, empfanden diese als hilfreich.</li> <li>- 64 % (n=125) äussern von der Einrichtung zu wenig Unterstützung, Informationen und Ressourcen zu erhalten, um auf dem neusten Stand zu sein.</li> <li>- 92.9 % (n=183) empfinden eine Schulung von Angesicht zu Angesicht als hilfreich.</li> <li>- 71.6 % (n=141) äussern als grösstes Hindernis eine Weiterbildung zu besuchen, dass sie sich die unbezahlte Zeit nicht leisten können.</li> <li>- 91.4 % (n= 180) meinen, dass ein interessiertes Personal eine wichtige Voraussetzung für eine gute Weiterbildung ist.</li> </ul> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Ergebnisse werden verständlich in Form von Tabellen präsentiert.</li> </ul>	<p>zeigt, dass kognitiv eingeschränkte Menschen weniger schmerzstillende Interventionen erhalten als kognitiv intakte Menschen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Barrieren für die Teilnahme an Weiterbildungen (Ungenügende Information über Schulungen, Zeitmangel, Familienverpflichtungen, unbezahlte Schulungs-Zeit) decken sich mit der Literatur.</li> </ul> <p><b>Implikationen:</b></p> <p><b>Praxis:</b></p> <p>Edukationsprogramme zum Thema Schmerzmanagement</p> <p><b>Forschung:</b></p> <p>Empfehlungen für die Forschung werden keine gemacht.</p>
---	---	---	--



## Würdigung der Studie: Pain management skills of regional nurses caring for older people with dementia: A needs analysis

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet wichtige Fragen, ist jedoch regional sehr eingeschränkt. Aus den Studienresultaten können Punkte evaluiert werden, die eine Änderung/Verbesserung benötigen, damit valides Schmerzassessment durchgeführt werden kann.</li> </ul> <p><b>Forschungsfrage/Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Hypothese wird im Methodenteil formuliert.</li> <li>- Die Forschungsfragen sind klar definiert.</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Thema wird logisch mit vorhandener Literatur eingeleitet und Probleme werden aufgezeigt.</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Bedarfsanalyse passt zu den Forschungsfragen.</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der internen Validität werden kontrolliert, indem alle den gleichen Fragebogen ausfüllen.</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der externen Validität werden nicht genau kontrolliert, da unklar ist, ob die Bedürfnisse nur für diese bestimmte Region gelten oder auch übertragen werden können.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobenziehung ist für das Design angebracht.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse können auf Regionen mit ähnlichen Ausbildungsverfahren und -niveaus übertragen werden.</li> </ul> <p><b>Stichprobengröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobengröße ist angemessen, jedoch nicht ganz klar. Es wird von 197 Teilnehmenden gesprochen, jedoch werden nur 194 aufgezählt.</li> <li>- Es wird begründet, warum nur 13 von den 21 angefragten Institutionen teilnehmen.</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt keine Vergleichsgruppe, die Teilnehmenden können aber aufgrund der unterschiedlichen Pflegeniveaus in drei Gruppen unterteilt werden.</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Drop-Outs werden keine beschrieben.</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Beschreibung der Datenerhebung ist kurz aber verständlich.</li> <li>- Der Fragebogen wird nicht einzeln dargestellt.</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Teilnehmenden füllen den gleichen Fragebogen aus.</li> </ul> <p><b>Vollständigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In den Tabellen ist ersichtlich, dass jeweils nicht alle Fragen von 194 Personen ausgefüllt wurden. Dies wird jedoch weder erwähnt noch begründet.</li> </ul> <p><b>Reliabilität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen wurde in einer anderen Studie mit Pflegepersonen getestet, es ergab sich eine gute Test-Retest-Reliabilität in einer separaten Studie, diese wurde nicht publiziert, wodurch sich die Ergebnisse nicht überprüfen lassen.</li> </ul> <p><b>Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Aussagen zur Validität gemacht.</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Messinstrument wird nicht begründet.</li> </ul> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind keine möglichen Einflüsse genannt.</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind präzise.</li> <li>- Es werden nicht alle Resultate, die in den Tabellen dargestellt sind im Text erwähnt.</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Tabellen sind vollständig, jedoch ist nicht klar, warum jeweils nicht die ganze Anzahl von Teilnehmenden bei den Fragen aufgelistet ist.</li> <li>- Aufgrund der unklaren Teilnehmerzahl kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob die angegebenen Prozentzahlen stimmen.</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden alle Resultate diskutiert.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein.- Die Studie wird mit Literatur verglichen, diese sind jedoch bereits etwas älter.</li> <li>- Die Resultate werden in Bezug auf die Fragestellungen diskutiert.</li> <li>- Auf die Hypothese wird nicht mehr explizit Bezug genommen.</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nur wenig nach alternativen Erklärungen gesucht.</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Limitationen beschrieben.</li> <li>- Es werden keine Empfehlungen für die Forschung gemacht, es konnten aber interessante Informationen ermittelt werden.</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sollten noch in weiteren Ländern bestätigt werden, um diese generalisieren zu können.</li> </ul> <p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie könnte in anderen klinischen Settings wiederholt werden.</li> </ul>

	<p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenanalyse wird kurz beschrieben.</li> </ul> <p><b>Test passend zum Datenniveau?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Verwendung von ANOVA ist sinnvoll, da die Stichprobe aus drei unterschiedlichen Pflegeniveaus besteht.</li> <li>- Der post-hoc Test ist sinnvoll, um zu sehen, ob die Unterschiede zwischen den drei Gruppen signifikant sind.</li> <li>- Der Tukey-Test bedeutet, dass keine Bonferroni-Korrektur stattgefunden hat.</li> <li>- Der t-Test ist sinnvoll, um Mittelwertdifferenzen zu vergleichen.</li> <li>- ANOVA sowie t-Test entsprechen dem Intervallniveau.</li> </ul> <p><b>Beurteilung statistischer Angaben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die statistischen Angaben sind schwer zu beurteilen, da ihre Resultate nicht aufgezeigt werden.</li> </ul> <p><b>Höhe Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Signifikanzniveau ist sinnvoll, da dies in der Pflegeforschung das unterste akzeptable Signifikanzniveau ist.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Genehmigung der Ethikkommission ist vorhanden, weitere ethische Fragen müssen nicht diskutiert werden.</li> </ul>		
--	--	--	--

#### Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):

##### Objektivität:

Alle Teilnehmenden füllten einen identischen Fragebogen aus, damit ist die Objektivität gewährleistet. Zudem deutet nichts darauf hin, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben. Der Studienablauf ist nachvollziehbar.

##### Reliabilität:

Das Messinstrument der Studie ist klar definiert. Es ist nachvollziehbar, wie die Zahlen erreicht wurden. Die Test-Retest-Reliabilität des Fragebogens kann jedoch nicht überprüft werden. Es werden keine vertieften Angaben zur Datenanalyse gemacht. Dies macht es schwer zu beurteilen, ob die Forschenden mit den Zahlen und deren Verarbeitung davon korrekt umgegangen sind.

##### Validität:

Das Studiendesign ist passend zu den Forschungsfragen und die Methode ist nachvollziehbar beschrieben. Die interne Validität wird gewährleistet, indem das Messinstrument zum Studiendesign passt und zum Erreichen des Forschungsziels führt. Es wird mit früheren Studien verglichen, aber keine Empfehlungen für die Forschung gemacht. Die externe Validität ist gefährdet, da unklar ist, ob die Ergebnisse regional sehr eingeschränkt sind oder übertragbar sind.

##### Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Stufe 6 auf der 6S Pyramide

## Anhang C8: Palm et al. (2017)

**Zusammenfassung der Studie:** Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60-70 % der Personen im stationären Altenbereich sind von einer kognitiven Einschränkung betroffen.</li> <li>- Beziehung zwischen Schmerz und herausforderndem Verhalten ist schwer zu ergründen, oft erfolgt statt einer Schmerzbehandlung eine inadäquate Behandlung mit Psychopharmaka.</li> <li>- Schmerzassessment ist eine pflegerische Aufgabe.</li> <li>- International leiden etwa 79.5 % der Bewohner an akutem oder chronischem Schmerz.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie unterscheidet sich der Einsatz von Schmerzassessmentinstrumenten bei einem IWB und einem SWB bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit kognitiven Einschränkungen bezüglich Fremd- oder Selbsteinschätzung?</li> <li>- Welchen Einfluss hat der Wohnbereich auf kognitiv leicht/schwer eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner, die mit einem Fremdeinschätzungsinstrument eingeschätzt werden?</li> <li>- Welche Schmerzassessmentinstrumente werden bei SWB/IWB eingesetzt?</li> </ul> <p><b>Hypothesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Auswahl der</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitative Studie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deskriptive Querschnittsstudie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <p>Ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Pflegeheimen, segregative und integrative Wohnbereiche</p> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 75 Wohnbereiche aus 39 verschiedenen Einrichtungen in Deutschland</li> <li>- 30 davon waren segregativ, 45 integrativ, dies sind die zwei Vergleichsgruppen</li> <li>- Ausschlusskriterien: fehlendes Schmerzassessment, fehlende Daten zum verwendeten Instrument, zum kognitiven Status und zur Wohnbereichszugehörigkeit</li> <li>- Es mussten mindestens 10 Bewohnerdatensätze vorliegen.</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Aufruf in Fachzeitschriften und Newslettern forderte zur Teilnahme auf.</li> <li>- Gelegenheitsstichprobe, weil die Teilnahme freiwillig war</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten werden einmalig erhoben.</li> </ul> <p><b>Messinstrumente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Datenerhebung mittels Fragebögen durch einen von jeder Einrichtung selbst bestimmten Studienkoordinator</li> <li>- Die Studienkoordinatoren hatten eine eintägige Schulung.</li> <li>- Der Fragebogen DemCare-Q diente zur Informationssammlung der Schmerzeinschätzung der Betroffenen, um alle verfügbaren Instrumente zu den Antwortoptionen hinzuzufügen und in Fremd- oder Selbsteinschätzungsinstrumente zu unterteilen.</li> <li>- Die kognitive Einschränkung wurde mit der DSS erfasst.</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <p><b>Schmerzeinschätzung in Abhängigkeit der kognitiven Einschränkung und der Wohnbereichszugehörigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Bewohnerinnen und Bewohner von SWB waren stärker pflegebedürftig und hatten stärkere kognitive Einschränkungen, sie hatten häufiger eine ärztliche Demenzdiagnose.</li> <li>- In SWB werden signifikant mehr kognitiv schwer eingeschränkte Betroffene mit einem Fremdeinschätzungsinstrument erfasst als in IWB.</li> <li>- In SWB werden signifikant mehr kognitiv leicht eingeschränkte Betroffene mit einem Fremdeinschätzungsinstrument erfasst als in IWB.</li> <li>- Bei SWB ist die Chance 1.6 Mal höher als bei IWB, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit schweren kognitiven Einschränkungen mit einem Fremdeinschätzungsinstrument eingeschätzt werden.</li> <li>- Bei SWB ist die Chance 2.01 Mal höher als bei IWB, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit leichten kognitiven Einschränkungen mit einem Fremdeinschätzungsinstrument eingeschätzt werden.</li> </ul> <p><b>Instrumente zur Schmerzeinschätzung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In 18 von 30 SWB wurden ausschliesslich Fremdeinschätzungsinstrumente eingesetzt.</li> <li>- 8 IWB verwendeten ausschliesslich ein Selbsteinschätzungsinstrument.</li> <li>- In 26 IWB wurden über 50 % der</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In SWB wird eine hohe Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern mit leichten kognitiven Einschränkungen mit Fremdeinschätzungsinstrumenten eingeschätzt, da die meisten SWB nur ein Instrument für alle Betroffenen anwenden.</li> <li>- Individuelle Einschätzungen werden nur gemacht, wenn die Institution verschiedene Instrumente zur Verfügung stellt.</li> </ul> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In den Wohnbereichen wird nicht auf die individuellen Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen eingegangen.</li> <li>- Ob Fremd- oder Selbsteinschätzung hängt von der Wohnform ab und nicht von der Schwere der kognitiven Einschränkung.</li> <li>- Das Schmerzmanagement ist sehr komplex und es gibt keinen einheitlichen Umgang mit den verschiedenen Instrumenten.</li> <li>- In Deutschland ist die Schmerzbehandlung vermutlich in vielen Bereichen mit Personen mit kognitiven Einschränkungen nicht genügend, da unpassende Instrumente eher nicht zur richtigen Schmerzerkennung führen.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Forschungsfragen können beantwortet werden.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Übertragbarkeit auf die Gesamtheit ist nicht sicher, da es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt.</li> <li>- Es könnten Selektionsbias vorhanden sein.</li> <li>- Die Ergebnisse könnten durch unterschiedliche Konzepte verzerrt sein.</li> <li>- Die Ergebnisse zu Forschungsfrage 3 sind höchst wahrscheinlich verzerrt.</li> </ul>

<p>Schmerzassessmentinstrumente hängt davon ab, ob die Betroffenen in einem IWB oder SWB betreut werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SWB wenden häufiger Fremdeinschätzungsinstrumente an als IWB.</li> </ul> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menschen mit Demenz werden oft fälschlicherweise mit Psychopharmaka behandelt, obwohl ihr herausforderndes Verhalten oft auf Schmerzen zurückzuführen ist. Um solche Fehlbehandlungen und mögliche Folgeschäden für die Betroffenen zu verhindern, ist eine zuverlässige Schmerzerfassung nötig, wofür zahlreiche Instrumente zur Verfügung stehen.</li> </ul>	<p><b>Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird keine Intervention gemacht.</li> </ul> <p><b>Fokus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Einfluss von IWB und SWB auf die Schmerzerfassung</li> </ul> <p><b>Statistische Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Für jeden Wohnbereich wurde berechnet, wie viel Prozent der Betroffenen mit welchem Instrument eingeschätzt wurden und für wie viel Prozent ein Fremd- bzw. Selbsteinschätzungsinstrument verwendet wurde.</li> <li>- Die Betroffenen wurden in kognitiv schwer und kognitiv leicht eingeschränkt unterteilt und wiederum mit den beiden Möglichkeiten Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung verknüpft, daraus ergaben sich vier Gruppen.</li> <li>- Abhängige Variablen: Anteil der Betroffenen mit schweren kognitiven Einschränkungen, die mit einem Fremdeinschätzungsinstrument eingeschätzt wurden und Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit leichten kognitiven Einschränkungen, die mit einem Fremdeinschätzungsinstrument eingeschätzt wurden.</li> <li>- Die Stichprobe wurde mit deskriptiven Statistiken beschrieben.</li> <li>- Der unabhängige t-Test wurde verwendet, um Gruppenunterschiede auf ihre statistische Signifikanz zu testen.</li> <li>- Ein gemischtes Regressionsmodell diente zur Berechnung des Effekts des Wohnbereichskonzepts auf die abhängigen Variablen.</li> <li>- Das gemischte Regressionsmodell wurde verwendet, weil die Beobachtungen nicht unabhängig voneinander sind.</li> <li>- Einrichtungs- sowie Trägercluster waren vorhanden.</li> <li>- Für die Untersuchung wurde ein verallgemeinertes lineares gemischtes Regressionsmodell errechnet, da es keine Normverteilung der abhängigen Variablen gab.</li> <li>- In einem Balkendiagramm wurden relative Häufigkeiten für die Verwendung einzelner Instrumente in jedem Wohnbereich dargestellt.</li> </ul> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervallniveau</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Signifikanzniveau ist nicht festgelegt.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten waren alle pseudonymisiert.</li> <li>- Die Teilnehmenden gaben eine schriftliche Einwilligung.</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft stimmte der Studie zu.</li> </ul>	<p>Betroffenen mit NRS eingeschätzt.</p> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse werden verständlich in Form von Tabellen und Grafiken dargestellt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei der Einschätzung mittels DSS könnte es zu Fehlklassifikationen gekommen sein.</li> </ul> <p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In beiden Bereichen ist die richtige Anwendung der Instrumente umstritten, dies belegt auch eine andere europäische Studie.</li> <li>- Ein weiteres Review zeigt, dass sich Pflegende häufig bessere Schmerzeinschätzungsinstrumente wünschen.</li> <li>- In der Studie werden auch nicht empfohlene Assessmentinstrumente angewendet, dies bestätigt auch die europäische Studie.</li> </ul> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Managementebene soll die zur Verfügung stehenden Instrumente auf ihre Evidenz prüfen.</li> <li>- Die Anwenderinnen und Anwender sollen hinterfragen, ob die Einschätzung sinnvoll erfolgt.</li> <li>- Bildungsmaßnahmen auf allen Ebenen</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfehlungen für die Forschung werden keine gemacht.</li> </ul>
--	---	---	--

**Würdigung der Studie:** Die standardisierte Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen – ein Vergleich der Nutzung von Assessmentinstrumenten in Demenzwohnbereichen und integrativen Wohnbereichen in stationären Pflegeeinrichtungen

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Berufspraxis und für die Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit</li> </ul> <p><b>Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind drei klare Forschungsfragen definiert</li> <li>- Es werden zwei Hypothesen formuliert</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Thema wird logisch mit vorhandener Literatur eingeführt und begründet</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Design ist passend zu den Forschungsfragen, da zwei Gruppen verglichen und der Istzustand beschrieben und ausgewertet wird</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die interne Validität ist durch den einheitlichen Fragebogen und die Studienkoordinatoren vorhanden</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die externe Validität wird durch die Ausschlusskriterien kontrolliert</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobenziehung ist durch die freiwillige Teilnahme sinnvoll, da es sich somit um eine Gelegenheitsstichprobe handelt</li> <li>- Die Stichprobengrösse ist angemessen, die beiden zu vergleichenden Gruppen sind jedoch nicht gleich gross, die Grösse wird nicht begründet</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist durch ihre Grösse repräsentativ und auf kognitiv eingeschränkte und kognitiv intakte Bewohnerinnen und Bewohner in segregativen, sowie integrativen Wohnbereichen übertragbar</li> <li>- Es gibt keine Angaben zum Pflegepersonal</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtungen werden anhand der Wohnbereichsleitungen in die segregative oder integrative Gruppe eingeteilt</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Drop-Outs werden keine beschrieben</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und passend</li> <li>- Der Fragebogen wird beschrieben aber nicht dargestellt</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich</li> </ul> <p><b>Vollständigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten sind von allen Teilnehmenden erhoben.</li> </ul> <p><b>Reliabilität und Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen DemCare-Q wurde in einer früheren Studie entwickelt und getestet</li> <li>- Die Studie erklärt den Fragebogen als valide</li> <li>- Die Reliabilität sollte in weiteren Studien getestet werden und ist daher unsicher</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Auswahl des Fragebogens wird nicht begründet</li> </ul> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind keine Einflüsse erwähnt</li> </ul> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Verfahren der Datenanalyse wurden klar für jede einzelne Forschungsfrage</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind ausführlich und präzise</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergänzend zum Text wurden Tabellen und Grafiken eingesetzt</li> <li>- In Abbildung 2 und 3 sind die x-Achsen nicht beschriftet</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht begründet, warum IWB Fremdeinschätzungsinstrumente viel seltener einsetzen, obwohl sie teilweise vorhanden wären</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpretationen und Resultate stimmen überein</li> </ul> <p><b>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird explizit Bezug auf alle drei Forschungsfragen und die Hypothesen genommen</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie wird mit früheren Studien verglichen und es wird nach alternativen Erklärungen gesucht</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie zeigt interessante Ergebnisse und ist daher sinnvoll für die Pflegepraxis</li> <li>- Schwächen und Limitationen werden kritisch diskutiert und begründet</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Erkenntnisse können in der Arbeit mit dementen Menschen nützlich sein, da sie das Bewusstsein stärken, ob Fremd- oder Selbstassessmentinstrumente angebracht sind</li> </ul> <p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Fragestellung der Studie bezieht sich explizit auf IWB und SWB, die Studie könnte daher nur in anderen IWB und SWB stattfinden</li> <li>- Um die Unterschiede zwischen den Schmerzassessments bei kognitiv</li> </ul>

	beschrieben <b>Sinnvolle Verfahren passend zum Datenniveau?</b> - Der unabhängige t-Test ist sinnvoll, da die Ergebnisse von zwei Gruppen verglichen werden - Das gemischte Regressionsmodell ist sinnvoll, um den Zusammenhang zwischen den abhängigen und unabhängigen Variablen zu beschreiben - Die Wahl der statistischen Verfahren wird begründet und entsprechen dem Intervallniveau <b>Beurteilung statistischer Angaben:</b> - Die statistischen Angaben erlauben eine Beurteilung <b>Höhe Signifikanzniveau:</b> - Das Signifikanzniveau ist nicht festgelegt <b>Diskussion ethischer Fragen:</b> - Eine Zustimmung der Ethikkommission wird eingeholt		eingeschränkten und kognitiv intakten Menschen zu vergleichen, könnten aber auch andere klinische Settings, wie zum Beispiel das Spital in Frage kommen
--	--	--	---

#### Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):

##### Objektivität:

Alle Teilnehmenden füllten einen identischen Fragebogen aus, damit ist die Objektivität gewährleistet. Zudem deutet nichts darauf hin, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben. Der Studienablauf ist nachvollziehbar.

##### Reliabilität:

Das Messinstrument der Studie ist klar definiert. Es ist nachvollziehbar, wie die Zahlen erreicht wurden. Der Fragebogen DemCare-Q ist jedoch noch nicht vollständig auf dessen Reliabilität getestet. Die Signifikanz der Ergebnisse ist daher nicht vollständig beurteilbar.

##### Validität:

Das Studiendesign ist passend zu den Forschungsfragen und die Methode ist nachvollziehbar beschrieben. Die interne Validität wird durch den einheitlichen Fragebogen gewährleistet. Der Vergleich der Resultate mit früheren Studien und Vorschläge für zukünftige Studien stellen die externe Validität sicher.

##### Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Stufe 6 auf der 6S Pyramide

## Anhang C9: Rodriguez et al. (2018)

**Zusammenfassung der Studie:** Developing a training for certified nursing assistants to recognize, communicate, and document discomfort in residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten im Langzeitbereich sind von einer Form der Demenz betroffen und leiden unter anderem unter Schmerzen.</li> <li>- Frühere Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen Schmerzen und unruhigem Verhalten.</li> <li>- Betroffene von Demenz können ihre Beschwerden und Schmerzen oft nicht äussern, wodurch diese Symptome vom Gesundheitspersonal zu wenig wahrgenommen werden und nicht genügend behandelt werden.</li> <li>- Erkennen von Verhaltensveränderungen ist grundlegend für optimale Pflege bei Menschen mit Demenz.</li> <li>- PAs erhalten nicht immer ausreichendes Training in der Betreuung von Menschen mit Demenz.</li> </ul> <p><b>Forschungsziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung von PAs im Umgang mit PAINAD Skala und in der Erkennung von Beschwerden bei den Patientinnen und Patienten</li> <li>- Verbesserung der Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal</li> <li>- Steigerung der Qualität der Pflege und der Lebensqualität von dementen Menschen</li> </ul> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studien haben gezeigt, dass die</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitative Studie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kein Design und Begründung angegeben</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegepersonal, das mit Menschen mit Demenz arbeitet</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Station in New York mit 38 Betten (33 Frauen, 5 Männer)</li> <li>- Patientinnen und Patienten mit schwerer Demenz bis Demenz im Endstadium</li> <li>- Es konnten alle Vollzeitarbeitenden des interprofessionellen Teams teilnehmen (n=32, 23 PAs, 4 Pflegefachpersonen, 1 Pflegeleitung, 3 Sozialarbeiter, -innen, 1 Entspannungstherapeut, -in).</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Auswahl der Teilnehmenden wird dadurch begründet, dass durch die Teilnahme aller Disziplinen die Gesamtinitiative der Verbesserung der Beschwerdenerkennung besser unterstützt wird.</li> <li>- nicht zufällig</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung/Training (mit Videosequenz), Evaluierung durch Fragebogen</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten wurden einmalig erhoben.</li> <li>- Nach den Schulungen (10 Wochen) mussten alle geschulten Teammitglieder und -mitgliederinnen einen Fragebogen zur Evaluation des Trainings und der Verwendung der PAINAD Skala ausfüllen.</li> </ul> <p><b>Messinstrumente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAINAD Skala, Evaluationsfragebogen</li> </ul> <p><b>Intervention:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projekt von 6 Monaten</li> <li>- Während der ersten drei Monate evaluierte ein Geriatriker bisherige Protokolle von Assessments und Dokumentationen von</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 73 Erstassessments und 52 Folgeassessments mit der PAINAD Skala wurden ausgefüllt.</li> <li>- 45 (62 %) der Erstassessments wurden durch PAs vom Frühdienst ausgefüllt, 15 (21 %) durch PAs des Spätdienstes und 13 (17 %) durch PAs des Nachtdienstes.</li> <li>- Folgeassessments wurden durch die Pflegefachpersonen ausgefüllt, es gibt keine Angaben zu den 21 fehlenden Folgeassessments.</li> <li>- Die Erstassessments zeigten, dass negative Lautäusserungen, wie zum Beispiel weinen, am häufigsten erkannt wurden und eine auffällige Atmung wurde am seltensten beobachtet.</li> <li>- PAs äusserten Schwierigkeiten bei der Erkennung von veränderter Atmung, da dies oft nur unauffällige Veränderungen sind.</li> <li>- Der gepaarte t-Test (N=52) zeigte einen signifikanten (<math>p &lt; .001</math>) Punkteabfall aller Folgeassessments (Schnitt = 1.85) im Vergleich zu den Erstassessments (Schnitt = 6.06).</li> <li>- Deskriptive Informationen zu nicht-pharmakologischen Interventionen konnten aufgrund von fehlenden Daten nicht gemacht werden.</li> <li>- Alle waren sich einig, dass die PAINAD Skala einfach in der Anwendung ist und sie diese auch in Zukunft anwenden werden.</li> <li>- Die meisten empfanden das Training qualitativ sehr gut und die verwendete Zeit dafür genau richtig.</li> <li>- 77.8 % fanden die Videos und 66.7 %</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine gesteigerte Kommunikation zwischen PAs und Pflegefachpersonen ist durch die ausgefüllten Folgeassessments ersichtlich.</li> <li>- Es kann nicht gesagt werden, ob die fehlenden Folgeassessments durch Zeitmangel oder fehlende Kommunikation begründet werden müssen.</li> <li>- Vermutlich wurden die meisten Assessments während des Frühdienstes ausgefüllt, weil zu dieser Zeit die Stationsleitung anwesend ist, mehr PAs anwesend sind und die Patientinnen und Patienten aktiver sind.</li> <li>- Eine Herausforderung vor allem im Spätdienst kann sein, dass durch unerwartete Vorkommnisse weniger Personal zur Stelle ist, welches sich mit den Instrumenten auskennt.</li> </ul> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Punkteabfall auf der PAINAD Skala vom Erstassessment zum Folgeassessment zeigt, dass PAs bei Bedarf erfolgreiche Pflegeinterventionen durchführen.</li> <li>- PAs können auffälliges Verhalten erkennen und dies an die zuständige Pflegefachperson weiterleiten.</li> <li>- Überwachung und Betreuung sind während der Umsetzungszeit nötig.</li> <li>- Kontinuierliches Training ist nicht einfach umzusetzen, viele Ressourcen werden benötigt.</li> <li>- Eine vorbildliche Anwendung der Instrumente mit visuellen Unterstützungshilfen könnte ein vielversprechender Ansatz für Schulungszwecke sein.</li> <li>- Aufsichtspersonen und Mentoren könnten</li> </ul>

<p>richtige Verwendung von Schmerzassessmentinstrumenten, wie zum Beispiel die PAINAD Skala, für eine adäquate Schmerzerfassung relevant sind. Zertifizierte PAs arbeiten am nächsten mit den Betroffenen und können diese daher am besten beobachten und Beschwerden am frühesten erkennen. Allerdings ist diese Berufsgruppe meist zu wenig geschult, um Veränderungen wahrzunehmen.</p>	<p>Verhaltensveränderungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mithilfe des Comfort Matters Programmes von Beatitudes, Phoenix, Arizona wurde ein Trainingsprotokoll erstellt.</li> <li>- Das Training dauerte jeweils 35 Minuten mit 6 Personen pro Gruppe und wurde von einem Geriatriker geleitet.</li> <li>- Nach dem Training mussten alle Teilnehmende ein PAINAD für eine bestimmte betroffene Person auf der Station mit dem Geriatriker ausfüllen.</li> <li>- PAs wurden erinnert alle gesammelten Informationen der verantwortlichen Pflegefachperson weiterzuleiten, diese füllte Ende Schicht jeweils zusätzlich zu den PAs noch eine zweite PAINAD Skala aus.</li> </ul> <p><b>Fokus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detaillierte Erklärung der PAINAD Skala, Betonung der Wichtigkeit der Beschwerdenerkennung bei Patientinnen und Patienten, Ausfüllen einer PAINAD Skala zu einem Beispielvideo, Gruppendiskussion, Aushändigen einer Taschenkarte mit der PAINAD Skala und einer Liste mit nicht-pharmakologischen Interventionen</li> </ul> <p><b>Statistische Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gepaarter t-Test und eine deskriptive Statistik für die Zusammenfassung des Fragebogens</li> </ul> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervallniveau</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird kein Signifikanzniveau festgelegt.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ethische Fragen werden nicht diskutiert.</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird keine Genehmigung bei der Ethikkommission eingeholt.</li> </ul>	<p>die detaillierte Erklärung der PAINAD Skala hilfreich, nur 38.9 % fanden die Taschenkarten nützlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 94 % kannten bereits vor dem Training vorhandene Assessmentinstrumente und alle äusserten bereits vor dem Training Verhaltensveränderungen bei dementen Menschen als Zeichen von Schmerz oder Beschwerden eingestuft zu haben.</li> <li>- Manche kommentierten, dass die zusätzliche Papierarbeit eine Barriere für den Gebrauch des Instruments sein könnte.</li> </ul> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse wurden verständlich und mithilfe einer Tabelle präsentiert.</li> </ul>	<p>eine gute Unterstützung sein und zur Ausbalancierung der Arbeitsbelastung dienen.</p> <p><b>Forschungsziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird nicht explizit auf die Forschungsziele Bezug genommen.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie wurde nur auf einer Station durchgeführt, welche zudem auf demente Menschen spezialisiert ist.</li> <li>- Nur die Hälfte der Teilnehmenden haben den Fragebogen zur Evaluierung ausgefüllt.</li> </ul> <p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere Studien haben gezeigt, dass PAs an solchen Schulungen interessiert sind, um das Verhalten von dementen Personen besser verstehen und einordnen zu können.</li> <li>- Validierte Instrumente sollen eingesetzt werden.</li> </ul> <p><b>Implikationen:</b></p> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regelmässige Trainingssitzungen</li> <li>- Förderung der direkten Kommunikation</li> <li>- Bereitschaft der Teilnehmenden neue Fähigkeiten zu lernen ist eine zentrale Voraussetzung</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Empfehlungen für die Forschung gemacht.</li> </ul>
--	---	---	---



**Würdigung der Studie:** Developing a training for certified nursing assistants to recognize, communicate, and document discomfort in residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b> Beantwortet nicht direkt eine Frage, sondern testet die Auswirkungen einer Intervention. Dadurch können Voraussetzungen für ein valides Schmerzassessment abgeleitet werden.</p> <p><b>Forschungsziele:</b> - Eine Fragestellung wird nicht explizit formuliert, die Forschungsziele sind explizit dargestellt, klar formuliert und relevant für die Praxis, da die PAs sehr nahe an den Betroffenen arbeiten und somit Schmerzen als erstes wahrnehmen können. - Die Forschungsziele sind für diese Arbeit relevant.</p> <p><b>Literatur:</b> - Das Phänomen wird klar mit früheren Studien eingeführt.</p>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b> - Es wird nicht beschrieben, um welches Design es sich handelt. - Da es keine Kontrollgruppe gibt und ein Problem vor und nach einer Intervention erforscht wird, handelt es sich vermutlich um ein Interventionsdesign. - Dies scheint für die Forschungsziele ein sinnvoller Ansatz zu sein.</p> <p><b>Interne Validität:</b> - Alle Teilnehmenden füllten zur Datenerhebung den gleichen Fragebogen aus, darum ist die interne Validität gewährleistet.</p> <p><b>Externe Validität:</b> - Die Stichprobe ist für eine quantitative Datenerhebung mit 32 Teilnehmenden sehr gering und gefährdet die externe Validität.</p> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b> - Die Stichprobenziehung wird nicht genau beschrieben oder begründet. - Es kann angenommen werden, dass es sich um keine Zufallsstichprobe handelt, da die Stichprobe auf eine bestimmte Station begrenzt ist.</p> <p><b>Repräsentativität:</b> - Die Stichprobe kann auf PAs in New York übertragen werden, die sich um demente Menschen kümmern, die Übertragung auf PAs in anderen Ländern ist unklar, aufgrund von unterschiedlichen Ausbildungsstandards und Kompetenzen. - Für nicht-probabilistische Stichproben gelten kleine Stichproben, wenn sie unter n=10 sind, die Stichprobengröße dieser Studie scheint daher angemessen, wird jedoch nicht begründet.</p> <p><b>Vergleichsgruppen:</b> - Es besteht keine Vergleichsgruppe, jedoch gibt es verschiedenen Berufsgruppen, die verglichen werden können.</p> <p><b>Drop-Outs:</b> - Nur 18 von 32 Teilnehmenden füllten den 9-teiligen Fragebogen aus (17 PAs, 1 Entspannungstherapeut, -in), dies wird nicht begründet.</p> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b> - Die Datenerhebung ist nachvollziehbar.</p> <p><b>Gleiche Durchführung?</b> - Die Methoden für die Datenerhebung sind für alle Teilnehmenden einheitlich.</p> <p><b>Vollständigkeit:</b> - Von 35 Teammitgliedern haben 32 teilgenommen.</p> <p><b>Reliabilität und Validität:</b> - Die PAINAD Skala ist reliabel und valide. - Die Entstehung des Fragebogens wird nicht genauer beschrieben, daher können keine Äusserungen zu Reliabilität und Validität gemacht werden.</p> <p><b>Wahl des Instruments:</b> - Die PAINAD Skala wurde gewählt, weil sie sich in früheren Studien als praktisch im Umgang mit Betroffenen erwiesen hat, die nicht kommunizieren können. - Die Wahl des Fragebogens wird nicht begründet.</p>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b> - Die Resultate sind präzise und verständlich.</p> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b> - Die Ergebnisse des Evaluationsfragebogens werden verständlich in einer Tabelle dargestellt, diese ist eine Ergänzung zum Text und vollständig. - Die Resultate der Erst- und Folgeassessments werden nicht bildlich dargestellt.</p>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b> - Alle Resultate werden vollständig diskutiert.</p> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten</b> - Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. - Die Folgeassessments könnten auch besser ausgefallen sein als die Erstassessments, da sie von einer anderen Person ausgefüllt wurden Es ist möglich, dass Pflegefachpersonen die Schmerzen auf der Skala tiefer einschätzen als PAs.</p> <p><b>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese:</b> - Es wird kein expliziter Bezug auf die Forschungsziele genommen, aber es wird Bezug auf andere Studien genommen.</p> <p><b>Alternative Erklärungen:</b> - Es wird nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p><b>Sinn der Studie:</b> - Die Studie ist sinnvoll. - Stärken und Schwächen der Studie werden genannt.</p> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b> - Die Ergebnisse sind in der Praxis umsetzbar, wenn genügend Ressourcen vorhanden sind, genügend Überwachung und Betreuung während der Umsetzungszeit gewährleistet sind und die Pflegepersonen Interesse zeigen.</p> <p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b> - Es ist möglich die Studie in einem anderen Setting zu wiederholen, wie zum Beispiel in einem Pflegeheim.</p>

	<b>Verzerrung/Einflüsse:</b> - Es werden keine Einflüsse auf die Intervention erwähnt. <b>Beschreib Verfahren:</b> - Der t-Test und die deskriptive Statistik werden nur kurz angetönt. <b>Sinnvolle Verfahren passend zum Datenniveau?</b> - Der gepaarte t-Test ist sinnvoll, da zwei unabhängige Variablen erhoben werden. <b>Beurteilung statistischer Angaben:</b> - Der t-Test entspricht dem Intervallniveau und erlaubt eine Beurteilung. <b>Höhe Signifikanzniveau:</b> - Das Signifikanzniveau ist nicht definiert. <b>Diskussion ethischer Fragen:</b> - Eine Genehmigung der Ethikkommission war nicht nötig, da die Teilnahme freiwillig war und die Intervention keinen physischen oder psychischen Schaden anrichten konnte. - Die Teilnehmenden wurden genügend informiert.		
--	---	--	--

#### Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):

##### Objektivität:

Alle Teilnehmenden füllten einen identischen Fragebogen aus, damit ist die Objektivität gewährleistet. Zudem deutet nichts darauf hin, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben. Der Studienablauf ist nachvollziehbar. Nur acht von 32 Teilnehmenden füllten den Fragebogen aus.

##### Reliabilität:

Die Messinstrumente der Studie sind klar definiert. Vertiefte Angaben zur Datenanalyse werden nicht gemacht. Die PAINAD Skala hat sich in früheren Studien als reliabel erwiesen. Die Entstehung des Fragebogens wird nicht beschrieben. Es ist daher unklar, wie reliabel dieser ist. Die Signifikanz der Ergebnisse kann daher nicht vollständig beurteilt werden.

##### Validität:

Das Studiendesign wird nicht genannt. Wird von einer Interventionsstudie ausgegangen, ist diese zu den Studienzielen passend. Die Methode ist nachvollziehbar beschrieben. Die interne Validität wird gewährleistet, indem der Fragebogen zum Studiendesign passt und zum Erreichen des Forschungsziels führt. Der Vergleich der Resultate mit früheren Studien und Vorschläge für zukünftige Studien stellen die externe Validität sicher.

##### Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Stufe 6 auf der 6S Pyramide

## Anhang C10: Zwakhalen et al. (2007)

### Zusammenfassung der Studie: Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschätzt 80 % der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen leiden unter Schmerzen.</li> <li>- Pflegefachpersonen spielen beim Schmerzassessment eine grosse Rolle, da sie meist über die Gabe von Analgetika entscheiden.</li> <li>- Frühere Studien haben gezeigt, dass bei Pflegefachpersonen oft ein Wissensdefizit bezüglich Schmerzassessment, -management und Pharmakologie besteht.</li> <li>- Dies stellt eine grosse Barriere für ein gutes Schmerzmanagement dar.</li> </ul> <p><b>Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwickeln eines Fragebogens, um das Wissen über unterschiedliche Aspekte von Schmerzen von Pflegefachpersonen, die mit älteren Menschen mit Demenz arbeiten, zu erforschen.</li> </ul> <p><b>Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehr Arbeitserfahrung und ein höherer Ausbildungsstand führen zu besserem Wissen über Schmerzen und zu einem besseren Schmerzmanagement.</li> </ul> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bisher mangelt es noch an Studien, die das Wissen über Schmerzen von Pflegefachpersonen bei älteren Menschen mit Demenz untersuchen.</li> <li>- Der Zusammenhang zwischen Ausbildungsstand und Schmerzmanagement in diesem Setting noch nicht genügend untersucht.</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantitative Studie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Querschnittsstudie</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pflegefachpersonen, die mit Menschen mit Demenz arbeiten</li> </ul> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zwei Pflegeheime in den Niederlanden</li> <li>- 123 von 167 (74 %) Pflegeassistentinnen und -assistenten (PA) und Pflegefachpersonen (109 Frauen, 14 Männer) der gerontopsychiatrischen Abteilung haben den Fragebogen ausgefüllt.</li> <li>- Alle sind auf die Pflege von älteren Menschen mit Demenz spezialisiert.</li> <li>- Um die Bedeutung des Ausbildungsstandes zu erforschen, wurde die Gruppe noch mit zwei weiteren Gruppen verglichen, 25 Doktoranden der Pflegewissenschaften und 20 Pflegefachpersonen in Ausbildung zu Schmerzspezialistinnen und -spezialisten.</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde Pflegepersonal gewählt, weil dies die grösste Gruppe des Gesundheitspersonals ist, welche kontinuierliche Pflege an den Betroffenen leistet.</li> <li>- Die Stichprobenziehung wird nicht weiter erläutert.</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragebogen</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einmalige Datenerhebung innerhalb von 4 Wochen</li> </ul> <p><b>Messinstrumente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der erste Teil des Fragebogens erfragte die demografischen Daten, sowie die Jahre an Arbeitserfahrung und den Ausbildungsstand.</li> <li>- Der zweite Teil bestand aus 34 Aussagen, die auf einer 5-Punkte-Likert-Skala eingeordnet werden mussten (stimme überhaupt nicht zu bis stimme voll und ganz zu oder keine</li> </ul>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <p><b>Entwicklung des Fragebogens:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basierend auf die Hauptkomponentenanalyse und die interne Konsistenzanalyse konnten 17 der 34 Aussagen des Fragebogens beibehalten werden.</li> <li>- Mit den Fragen konnte das Wissen über Schmerzen, das Schmerzmanagement, Schmerzmedikation und Schmerzbehandlung gemessen werden.</li> <li>- Am meisten hat sich der Fragebogen auf das Wissen über Schmerzen fokussiert.</li> </ul> <p><b>Wissen und Überzeugungen der Pflegefachpersonen im Altersheim:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mehrheit hat erkannt, dass ältere Menschen Schmerzen nicht weniger stark erleben als jüngere und dass die Schmerzerfassung kein Raten ist.</li> <li>- Nur etwa ein Drittel hat erkannt, dass ältere Menschen häufiger von Schmerzen betroffen sind als jüngere.</li> <li>- 83 % empfinden, dass die Schmerzen auf ihrer Station richtig erfasst und behandelt werden.</li> <li>- 80 % äusserten, dass bei ihnen stark auf die Schmerzen bei dementen Menschen geachtet wird.</li> <li>- Keine Angaben gab es am meisten bei Fragen zur Medikation.</li> <li>- Am meisten Diversität ergab sich aus den Fragen zur Schmerzbehandlung bei älteren Menschen.</li> <li>- 8 von 17 Aussagen zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.</li> <li>- Die auf Schmerzen spezialisierte Gruppe und die Doktoranden hatten ein</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Wissensdefizit könnte durch eine ungenügende Ausbildung begründet werden oder durch eine ungenügende Forschung im Bereich Schmerzbehandlung bei älteren Menschen in Pflegeheimen. Ausserdem wurden Menschen mit Demenz bei früheren Studien oft ausgeschlossen.</li> </ul> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obwohl Pflegepersonen in Pflegeheimen Wissensdefizite haben, sind sie mit dem Schmerzassessment auf ihrer Station zufrieden. Dies könnte bedeuten, dass die Schmerzen meist ungenügend erfasst und behandelt werden.</li> <li>- Vorhandenes Wissen wird nicht genügend an die Pflegepersonen weitergeleitet.</li> <li>- Ein reliables und valides Assessmentinstrument ist ein wichtiger Aspekt für die Schmerzerfassung, jedoch nicht der einzige Faktor für ein adäquates Schmerzmanagement.</li> </ul> <p><b>Forschungsziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Forschungsziel wird erreicht.</li> </ul> <p><b>Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Hypothese wird teilweise bestätigt.</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die zwei Vergleichsgruppen (n=20 und n=25) waren relativ klein.</li> <li>- Die Studie wurde nur in den Niederlanden durchgeführt.</li> <li>- Die Resultate könnten nicht vollständig der Wahrheit entsprechen, indem die Teilnehmenden ihre Antworten an die Erwünschtheit angepasst haben.</li> <li>- Mehr als die Hälfte des Fragebogens bezieht sich nicht spezifisch auf demente Personen.</li> </ul>

	<p>Meinung).</p> <p><b>Interventionen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Interventionen gemacht.</li> </ul> <p><b>Fokus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umgang mit Schmerzen, Annahmen und Wissen zum Thema</li> </ul> <p><b>Statistische Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine deskriptive Statistik wurde für die demographischen Daten gemacht.</li> <li>- Für die Ausarbeitung des Fragebogens wurde eine Hauptkomponentenanalyse gemacht.</li> <li>- Interne Konsistenzanalysen wurden gemacht, um die Homogenität der Skala zu erforschen.</li> <li>- Der Mann-Whitney U Test wurde zur Überprüfung von signifikanten Unterschieden der Antworten der drei verschiedenen Gruppen verwendet, weil die Daten nicht normalverteilt waren.</li> <li>- Die Likert-Skala wurde in Prozentzahlen ausgewertet.</li> <li>- Aufgrund des Risikos eines Fehlers erster Art wurde eine Bonferroni-Korrektur gemacht.</li> </ul> <p><b>Datenniveau:</b> Ordinalniveau</p> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Signifikanzniveau liegt vermutlich bei 0.05, da dieser Wert für die Bonferroni-Korrektur angewendet wurde.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freiwillige Teilnahme, Daten blieben anonym</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird keine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt.</li> </ul>	<p>besseres Wissen als die 123 Pflegepersonen, dies betrifft vor allem den Umgang mit Analgetika.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine signifikanten Unterschiede waren zwischen den zwei Untergruppen von 47 Pflegepersonen mit weniger als 5 Jahren Berufserfahrung und den 72 mit 5 oder mehr Jahren Berufserfahrung erkennbar.</li> </ul> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse werden verständlich in Form von Tabellen präsentiert.</p>	<p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen und die daraus resultierende Erfassung von Wissensdefiziten zeigen Ähnlichkeiten mit einer anderen Studie.</li> <li>- Der Vergleich zwischen den Gruppen zeigt, dass ein höheres Ausbildungsniveau das Schmerzmanagement verbessert, dies zeigt auch eine ältere Studie.</li> </ul> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gewonnenes Wissen aus der Forschung sollte für Pflegepersonen zugänglich sein.</li> <li>- Eine multidisziplinäre Intervention zu Schmerz und Schmerzassessment, um falsche Annahmen zu verringern</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ähnliche Studien sollten noch in weiteren Ländern durchgeführt werden.</li> <li>- Der Effekt von Wissensdefiziten soll weiter erforscht werden.</li> </ul>
--	---	---	---

## Würdigung der Studie: Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Berufspraxis.</li> </ul> <p><b>Forschungsfrage/Forschungsziel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie formuliert keine Forschungsfrage, aber ein Forschungsziel, dieses ist präzise und klar.</li> <li>- Eine Hypothese wird im Methodenteil als Ergänzung aufgestellt.</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Thema wird mit vorhandener Literatur logisch begründet und auf ein bekanntes Wissensdefizit der Pflegepersonen wird hingewiesen.</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Forschungsdesign ist nachvollziehbar, da Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Stichprobe gesammelt werden.</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der internen Validität werden kontrolliert, indem alle den gleichen Fragebogen ausfüllen.</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der externen Validität werden durch die grosse Stichprobe kontrolliert.</li> </ul> <p><b>Passt Stichprobenziehung zum Design?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobenziehung wird nicht detailliert erklärt und ist daher nicht vollständig nachvollziehbar.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist repräsentativ und kann auf Pflegepersonen, die mit dementen Menschen arbeiten, übertragen werden.</li> </ul> <p><b>Stichprobengrösse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobengrösse ist nicht begründet und daher nicht nachvollziehbar, kann jedoch als klein eingeschätzt werden.</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt zwei relativ kleine Vergleichsgruppen.</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Drop-Outs beschrieben.</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist nachvollziehbar, indem der Fragebogen genau beschrieben und aufgezeigt wird.</li> <li>- Es besteht eine direkte Verbindung zum Forschungsziel.</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Teilnehmenden füllen den gleichen Fragebogen aus.</li> </ul> <p><b>Vollständigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Daten werden von 74 % der angefragten Personen ausgefüllt, diese sind vollständig.</li> </ul> <p><b>Reliabilität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Reliabilität des Fragebogens wird mittels Cronbachs Alpha dargestellt, der Fragebogen insgesamt hat einen zufriedenstellenden Cronbachs Alpha Wert.</li> <li>- Die Werte der Untergruppen sind teils fragwürdig, da sie sehr tief ausfallen.</li> </ul> <p><b>Validität</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Aussagen zur Validität des Fragebogens gemacht, diese ist daher nicht nachvollziehbar.</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Verwendung und Entwicklung des Fragebogens werden nachvollziehbar damit begründet, dass es bisher noch keinen Fragebogen gibt, der das Wissen der Pflegepersonen erfasst, welches sie über Schmerzen bei älteren dementen</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse sind präzise.</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Tabellen sind präzise, vollständig und eine Ergänzung zum Text.</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden alle Resultate diskutiert.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein.</li> <li>- Es wird explizit über den Fragebogen diskutiert, wodurch ein Bezug zum Forschungsziel hergestellt wird.</li> <li>- Die Hypothese wird diskutiert, der Faktor Berufserfahrung wird aber nur kurz angetönt.</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und es wird nach alternativen Erklärungen gesucht.</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie ist sinnvoll, die Resultate sollten aber durch weitere Forschung bestätigt werden.</li> <li>- Die Limitationen der Studie werden kritisch diskutiert.</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ist fraglich, ob die Ergebnisse auch auf Menschen mit Demenz übertragen werden können, da sich mehr als die Hälfte des Fragebogens nicht spezifisch auf Betroffene von Demenz bezieht.</li> <li>- Es ist nicht klar, ob die Resultate auf andere Länder übertragen werden können.</li> </ul> <p><b>Wiederholung der Studie in anderem Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie könnte in anderen klinischen Settings wiederholt werden, sofern auch Doktoranden der Pflegewissenschaften und Pflegefachpersonen in Ausbildung zu Schmerzspezialistinnen und -spezialisten vorhanden sind.</li> </ul>

	<p>Personen in Pflegeheimen haben.</p> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es sind keine Einflüsse erwähnt.</li> </ul> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenanalyse wird nur kurz beschrieben.</li> <li>- Die Hauptkomponentenanalyse ist sinnvoll für die Strukturierung des Fragebogens.</li> </ul> <p><b>Beurteilung statistischer Angaben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Mann-Whitney-U Test wird sinnvoll eingesetzt, um die Gruppen zu vergleichen, der Test passt zum Ordinalniveau, die Resultate des Tests werden nicht aufgezeigt und sind daher nicht beurteilbar.</li> <li>- Die Bonferroni-Korrektur ist sinnvoll, da eine Hypothese aufgestellt wurde.</li> </ul> <p><b>Höhe Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falls das Signifikanzniveau bei <math>P &lt; 0.05</math> liegt, ist dieses sinnvoll, da dies in der Pflegeforschung das unterste akzeptable Signifikanzniveau ist.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Genehmigung der Ethikkommission war nicht nötig, da die Teilnahme freiwillig war und die Intervention keinen physischen oder psychischen Schaden anrichten konnte.</li> <li>- Die Teilnehmenden wurden genügend informiert.</li> </ul>		
--	---	--	--

#### Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):

##### Objektivität:

Alle Teilnehmenden füllten einen identischen Fragebogen aus, damit ist die Objektivität gewährleistet. Zudem deutet nichts darauf hin, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben. Der Studienablauf ist nachvollziehbar.

##### Reliabilität:

Das Messinstrument der Studie ist klar definiert. Es sind jedoch nicht alle Werte aufgezeigt. Die Datenanalyse ist nur kurz beschrieben. Dies macht es schwer zu beurteilen, ob die Forschenden mit den Zahlen und deren Verarbeitung davon korrekt umgegangen sind. Die Zuverlässigkeit der Messinstrumente kann somit nicht komplett überprüft werden. Der Fragebogen hat insgesamt einen zufriedenstellenden Cronbachs Alpha Wert. Die Untergruppen des Fragebogens haben teilweise einen tiefen Cronbachs Alpha Wert.

##### Validität:

Das Studiendesign ist passend zu den Studienzielen und die Methode ist nachvollziehbar beschrieben. Die interne Validität wird gewährleistet, indem das Messinstrument zum Studiendesign passt und zum Erreichen des Forschungsziels führt. Die Validität des Fragebogens ist jedoch nicht bestätigt. Der Vergleich der Resultate mit früheren Studien und Vorschläge für zukünftige Studien stellen die externe Validität sicher.

##### Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:

Stufe 6 auf der 6S Pyramide

## Anhang C11: Zwakhalen et al. (2018)

**Zusammenfassung der Studie:** Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Problem und theoretischer Bezugsrahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Viele ältere Menschen sind gleichzeitig von Schmerzen und Demenz betroffen.</li> <li>- Die Prävalenz von chronischen Schmerzen in Pflegeheimen variiert zwischen 45-80 %.</li> <li>- Weltweit sind etwa 35.6 Millionen Menschen von Demenz betroffen, wobei es sich in Europa um etwa 7.3 Millionen Betroffene handelt.</li> <li>- Es wird angenommen, dass sich die Prävalenz von Demenz ungefähr alle zwanzig Jahre verdoppeln wird.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Richtlinien werden zurzeit von Gesundheitsfachpersonen und PAs in Pflegeheimen und Akutsettings innerhalb von Europa angewendet, um Schmerzen bei älteren Personen mit Demenz zu erfassen?</li> <li>- Welche Möglichkeiten und Herausforderungen erleben Gesundheitsfachpersonen und PAs mit der Anwendung solcher Schmerzassessmentinstrumente?</li> <li>- Was sind die Unterschiede in der Umsetzung von Richtlinien, Instrumenten, Erfahrungen und Herausforderungen innerhalb von verschiedenen Arbeitssettings und europäischen Ländern?</li> </ul> <p><b>Forschungsbedarf:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerz ist in Pflegeeinrichtungen und vor allem bei Menschen mit Demenz ein aktuelles Thema.</li> </ul>	<p><b>Ansatz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mixed Methods (quantitative und qualitative)</li> <li>- Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beschreibung/Begründung: keine vorhanden</li> </ul> <p><b>Methode der Datenerhebung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- elektronische Umfrage</li> </ul> <p><b>Population:</b></p> <p>Ältere Menschen mit Demenz</p> <p><b>Stichprobe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 810 Gesundheitsfachpersonen</li> <li>- 206 davon arbeiteten in Spitälern, 127 in Langzeiteinrichtungen und 38 arbeiteten in der Erstversorgung, 439 gaben keine genaueren Angaben zu ihrem Arbeitssetting.</li> <li>- Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stammten aus den Ländern Österreich, Belgien, Dänemark, Deutschland, Niederlanden, Schweiz und Grossbritannien.</li> <li>- Die Auswahl der Teilnehmenden wird nicht begründet.</li> <li>- Es gibt keine verschiedenen Studiengruppen.</li> </ul> <p><b>Stichprobenziehung:</b></p> <p>Der Link für den Fragebogen wurde wie folgt zirkuliert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutschland: an alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften via Newsletter und eine Ankündigung auf deren Homepage, auch die Hauptbildungszentren für Schmerzmanagement verteilten die Umfragen.</li> <li>- Österreich und Schweiz: Vereinigungen haben Personen zur Teilnahme eingeladen, indem sie den Link allen Mitgliedern gesendet haben.</li> <li>- Niederlande: via Schmerzgesellschaft und der Pflege- und Schmerzorganisation</li> <li>- Grossbritannien: per E-Mail, Newsletter und Websites durch die Britische Schmerzgesellschaft und relevante Foren</li> <li>- Gelegenheitsstichprobe</li> </ul> <p><b>Art:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elektronischer Fragebogen mit 36 Fragen (offene und multiple-choice)</li> </ul> <p><b>Häufigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einmalige Datenerhebung</li> </ul>	<p><b>Gebrauch von Richtlinien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 41.8 % (n=302) berichteten, dass sie keine nationalen oder internationalen Standards oder Richtlinien in ihren Institutionen anwenden.</li> </ul> <p><b>Gebrauch von Schmerzassessmentinstrumenten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 58 % (n=342) berichteten, dass sie zurzeit keine Schmerzassessmentinstrumente anwenden.</li> <li>- Die PAINAD Skala (n=33, 9.3%), beziehungsweise die deutsche Übersetzung BESD (n=37, 10.8 %) wurde in allen drei befragten Sprachen angewendet.</li> <li>- Die Mehrheit (n=106, 52.2 %) äusserte, dass der Gebrauch der Instrumente einfach bis sehr einfach ist.</li> <li>- 253 (31.3 %) erwähnten, dass der Gesichtsausdruck nützlich für die Erkennung von Schmerzen ist, jedoch weniger relevant, wie verbale Lautäusserungen oder Körperbewegungen.</li> </ul> <p><b>Herausforderungen für den Gebrauch von Assessmentinstrumente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unsicherheiten bei der Beobachtung führen zu inadäquaten Schmerzassessments.</li> <li>- Angst vor falschen Interpretationen</li> <li>- Fehlende Objektivität der Assessmentinstrumente</li> <li>- Das Fehlen von Schulungen, Wissen und Expertise</li> <li>- zu wenig Zeit für genaue Beobachtungen</li> <li>- zu wenig Interesse für die</li> </ul>	<p><b>Erklärung der Ergebnisse:</b></p> <p>Die Ergebnisse werden kaum erklärt.</p> <p><b>Interpretation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwendung von nationalen oder lokalen Standards erhöhen die Anwendung von Schmerzassessmentinstrumenten.</li> <li>- Obwohl die meisten Personen äusserten, dass die Verwendung der Instrumente einfach bis sehr einfach ist, führte vor allem die Interpretation der Resultate zu Verwirrung. Sie hatten hauptsächlich Bedenken aufgrund von Missinterpretationen und waren sich unsicher bezüglich Reliabilität und Validität der Ergebnisse.</li> <li>- Numerische Skalen oder einfache Fragen zum Ankreuzen werden im Gegensatz zu Kategorien oder offenen Fragen bevorzugt.</li> <li>- Das Assessment wird vor allem während der Pflege gemacht. Dadurch kann der Gesichtsausdruck der Betroffenen nur schwierig beobachtet werden. Die meisten Schmerzassessmentinstrumente stützen sich jedoch genau auf diesen Bereich. Dieser Punkt in den Schmerzassessmentinstrumenten ist daher der am wenigsten Nützlichste.</li> <li>- Fachpersonen haben fehlendes Wissen zum Thema Schmerzassessment.</li> </ul> <p><b>Forschungsfragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Können teilweise beantwortet werden</li> </ul> <p><b>Limitationen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventuell unfreiwillige Eingrenzung, da die Fragebögen über Schmerzvereinigungen verteilt wurden. Vermutlich haben vor allem Personen, die ein Interesse für die Thematik Schmerz haben und somit von Grund auf mehr Bewusstsein für die Problematik haben, den Fragebogen ausgefüllt.</li> </ul>

<p>Obwohl für die erschwerte Schmerzerfassung bei Betroffenen von Demenz in den letzten Jahren viele Schmerzassessmentinstrumente entwickelt wurden, werden diese nicht genügend angewendet. Dadurch wird Schmerz nicht richtig erkannt und die Betroffenen werden nicht ausreichend behandelt.</p>	<p><b>Messinstrument:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elektronischer Fragebogen, keine Begründung</li> </ul> <p><b>Fokus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Momentane Anwendung von bestehenden Schmerzassessmentinstrumenten ermitteln und ihre Nützlichkeit, Anwendbarkeit und Barrieren in der Umsetzung erfassen</li> </ul> <p><b>Quantitative Daten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse mittels SPSS und deskriptiven Statistiken</li> <li>- Für die multiple-choice Antworten konnten valide Prozentzahlen ermittelt werden.</li> <li>- Die Auswahl der statistischen Verfahren wird nicht begründet.</li> </ul> <p><b>Qualitative Daten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bearbeitung der offenen Fragen mittels Inhaltsanalyse</li> <li>- Die Kommentare wurden mit deduktiver Klassifikation analysiert und übergeordnete Kategorien wurden erstellt.</li> <li>- Die Kategorien wurden von zwei Forschern mittels Diskussionen verifiziert.</li> </ul> <p><b>Datenniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ordinalniveau</li> </ul> <p><b>Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen und Durchführung von Massnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine ethisch relevanten Fragen werden diskutiert.</li> <li>- Teilnehmende konnten die Umfrage freiwillig, eigeninitiativ und ohne Kontakt zu den Forschenden ausfüllen.</li> <li>- Der Fragebogen stellte die Anonymität sicher, es mussten keine Namen angegeben werden.</li> <li>- Die Umfrage konnte jederzeit abgebrochen werden.</li> </ul> <p><b>Genehmigung Ethikkommission:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde keine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt.</li> </ul>	<p>Schmerzproblematik der Angestellten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ungenügender Informationsaustausch zwischen Fachpersonen</li> <li>- Schmerzassessmentinstrumente sind oft unbekannt, stehen nicht zur Verfügung oder sind am Arbeitsplatz ungenügend implementiert.</li> </ul> <p><b>Chancen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzassessments sind erfolgreicher, wenn dessen Wichtigkeit bewusst ist. Events fördern dieses Bewusstsein.</li> <li>- Einführung eines passenden Instruments</li> <li>- Steigerung von Beobachtungsfähigkeiten und individuelle Erfahrungen verbessern Assessment.</li> <li>- Eine Richtlinie wurde als nötig beschrieben, um das Schmerzassessment zu unterstützen.</li> </ul> <p><b>Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nur kleine Unterschiede</li> <li>- Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Erstversorgung äusserten die grössten Schwierigkeiten mit den Assessmentinstrumenten.</li> </ul> <p><b>Unterschiede zwischen den unterschiedlichen europäischen Ländern:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Anwendung von Richtlinien und Standards, sowie der Einsatz von Assessmentinstrumenten ist unterschiedlich stark vertreten.</li> </ul> <p><b>Präsentation der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Ergebnisse werden verständlich in Form von Tabellen präsentiert.</li> <li>- Es werden Zitate verwendet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Fragebögen wurden unterschiedlich vollständig ausgefüllt, da die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht gezwungen waren alles auszufüllen.</li> <li>- Einige Länder hatten nur eine kleine Teilnehmerzahl, die Gesamtanzahl der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer war jedoch relativ gut.</li> </ul> <p><b>Vergleich mit ähnlichen Studien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen.</li> </ul> <p><b>Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einführung von Richtlinien und Standards, Trainings vor allem im Langzeitbereich, Verbesserung der klinischen Anwendbarkeit der Schmerzassessmentinstrumente</li> </ul> <p><b>Forschung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiederholung der Studie (Personen der Erstbehandlung sollen im grösseren Umfang teilnehmen)</li> </ul>
---	--	---	---



**Würdigung der Studie:** Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Studie beantwortet eine wichtige Frage, denn sie untersucht, ob bSAI bei Menschen mit einer Demenz angewendet werden. Daraus können Voraussetzungen abgeleitet werden, damit bSAI angewendet werden, was die Studie relevant für die Bachelorarbeit macht.</li> </ul> <p><b>Forschungsfrage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Drei Forschungsfragen wurden formuliert, diese sind verständlich.</li> <li>- Hypothesen wurden keine aufgestellt.</li> </ul> <p><b>Literatur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Thema wird mit empirischer und konzeptioneller Literatur untermauert.</li> <li>- Epidemiologische Daten werden angegeben.</li> </ul>	<p><b>Nachvollziehbarkeit/Logik Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Design der Studie könnte ein nicht-experimentelles Forschungsdesign sein. Sie dienen zur Untersuchung von Erscheinungsformen von Phänomenen (Ereignisse, Personen, Situationen), die natürlich vorkommen.</li> <li>- Übergruppe Entwicklungsstudien,</li> <li>- deskriptive Querschnittsstudie, da Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Stichprobe gesammelt wurden</li> <li>- Das Forschungsdesign ist nach einer Auseinandersetzung mit dem Thema nachvollziehbar.</li> </ul> <p><b>Interne Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Gefahren der internen Validität werden kontrolliert, indem alle den gleichen Fragebogen ausfüllen.</li> <li>- Der Fragebogen ist passend zum Studiendesign und führt zum Erreichen des Studienziels.</li> </ul> <p><b>Externe Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist für eine quantitative Datenerhebung mit 810 Teilnehmenden ausreichend und stellt die externe Validität sicher.</li> </ul> <p><b>Passt die Stichprobenziehung zum Design:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-probabilistische Stichproben sind für quantitative Studien geeignet, aber weniger repräsentativ wie probabilistische Stichproben.</li> </ul> <p><b>Repräsentativität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Stichprobe ist repräsentativ für Pflegepersonen, die mit dementen Menschen arbeiten.</li> </ul> <p><b>Stichprobengrösse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wurde keine Überprüfung der Stichprobengrösse gemacht.</li> <li>- Die Stichprobengrösse wird nicht begründet.</li> <li>- Die Stichprobengrösse von 810 Teilnehmenden wird für eine quantitative Datenerhebung als angepasst bewertet.</li> </ul> <p><b>Vergleichsgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Vergleichsgruppen</li> </ul> <p><b>Drop-Outs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine effektiven Drop-Outs beschrieben, jedoch konnte die Umfrage jederzeit abgebrochen werden, wodurch ein unvollständiger Fragebogen resultieren konnte.</li> </ul> <p><b>Passt Datenerhebung zur Fragestellung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist nachvollziehbar, das Vorgehen wurde beschrieben und Einsicht in die Umfrage ist durch Tabellen gegeben.</li> <li>- Die Fragen wurden von sechs Pflegefachpersonen aus England, Deutschland und den Niederlanden auf ihre Relevanz geprüft.</li> <li>- Das Forschungsziel ist mit der Datenerhebung zu erreichen.</li> </ul> <p><b>Gleiche Durchführung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenerhebung ist bei allen Teilnehmenden gleich, gleiche Umfrage wird</li> </ul>	<p><b>Präzision der Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden alle Resultate diskutiert.</li> <li>- Die Ergebnisse sind ausführlich und präzise.</li> </ul> <p><b>Grafiken und Tabellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ergänzend zum Text wurden Tabellen eingesetzt, im Text selbst wurden fast keine Zahlen eingesetzt.</li> <li>- Sie erscheinen präzise und vollständig.</li> <li>- Die numerische Beschriftung der Tabelle ist auf den Text abgestimmt, die Tabellen sind aber nicht den Nummer nach in den Text eingebaut worden.</li> </ul>	<p><b>Werden alle Resultate diskutiert?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch den grossen Resultat-Umfang werden nicht alle Resultate in die Diskussion eingebracht.</li> </ul> <p><b>Übereinstimmung mit den Resultaten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein, führt zu besserem Verständnis.</li> </ul> <p><b>Resultate im Bezug zur Fragestellung/Hypothese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird Bezug zu den Forschungszielen genommen.</li> <li>- Es wird mit anderen Studien/Literatur verglichen.</li> </ul> <p><b>Alternative Erklärungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Relevanz für die Pflege wird diskutiert.</li> <li>- Alternative Erklärungen werden gesucht.</li> </ul> <p><b>Sinn der Studie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitationen werden erwähnt, Auswirkungen werden in Betracht gezogen.</li> <li>- Die Studie ist sinnvoll.</li> </ul> <p><b>Bedingung für die Umsetzung in der Praxis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsarbeit/Entwicklung in den Bereichen Schmerzassessmentinstrumente/Richtlinien und Standards</li> <li>- Einführungen zu Richtlinien und Standards in der Praxis</li> <li>- Trainingsangebot überarbeiten und Anbieten, angepasst auf den Langzeitbereich</li> </ul> <p><b>Wiederholung der Studie in einem anderen Setting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Wiederholung der Studie wäre in allen Settings möglich, da die Studie bereits in grossem Rahmen in verschiedenen Settings sowie auch Ländern durchgeführt wurde.</li> </ul>

	<p>eigenverantwortlich ausgefüllt.</p> <p><b>Vollständigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Umfrage wurde nicht immer vollständig ausgefüllt.</li> <li>- Deshalb wurden Prozentangaben eingesetzt.</li> <li>- Wie genau mit den fehlenden Antworten umgegangen wurde, wird in der Studie nicht beschrieben.</li> </ul> <p><b>Zuverlässigkeit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen wurde für die Studie entwickelt.</li> <li>- Es wurde geprüft, ob die Fragen für alle Länder Relevanz hatten.</li> <li>- Es wird keine Reliabilitätsüberprüfung gemacht.</li> </ul> <p><b>Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Angaben gemacht.</li> <li>- Das Messinstrument wird als valide eingeschätzt, da es zum Erreichen des Forschungsziels führt.</li> </ul> <p><b>Wahl des Instruments:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Fragebogen wurde neu erstellt.</li> </ul> <p><b>Verzerrung/Einflüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicht komplett ausgefüllte Umfragebögen, da die Umfrage jederzeit abgebrochen werden konnte.</li> <li>- Wird als Limit der Studie genannt, aber Auswirkungen aufgrund dessen werden keine genannt.</li> </ul> <p><b>Beschreib Verfahren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Datenanalyse wird nur kurz beschrieben, es werden aber die qualitativen und quantitativen Anteile der Analyse beschrieben.</li> </ul> <p><b>Sinnvolle Anwendung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Anwendung von deskriptiver Statistik ist sinnvoll, um Daten auf unterschiedliche Merkmale zu beschreiben.</li> <li>- Ansonsten werden keine statistischen Verfahren angegeben.</li> </ul> <p><b>Test passend zum Datenniveau?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine Tests beschrieben.</li> </ul> <p><b>Beurteilung statistischer Angaben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die statistischen Angaben erlauben keine Beurteilung, da keine Überprüfungstests durchgeführt wurden.</li> </ul> <p><b>Höhe Signifikanzniveau:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein bedeutsamer Unterschied wird international bei der Grenze <math>P &lt; 0.05</math> festgelegt (signifikant).</li> </ul> <p><b>Diskussion ethischer Fragen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es werden keine ethisch relevanten Fragen diskutiert.</li> </ul>		
--	--	--	--

#### **Einschätzung der Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008):**

##### **Objektivität:**

Eine identische Umfrage wird durch alle Teilnehmenden ausgefüllt, damit ist die Objektivität gewährleistet. Es wird als unwahrscheinlich eingeschätzt, dass die Forschenden Einfluss auf die Ergebnisse der Studie genommen haben.

##### **Reliabilität**

Das Messinstrument der Studie ist klar definiert und beschrieben. Es wurde neu erstellt, aber nicht auf Reliabilität überprüft. So können keine Angaben zur Zuverlässigkeit des Instruments gemacht werden. Es werden Angaben/Erklärungen zur qualitativen Datenanalyse gemacht. Die Resultate der Analysen sind nicht genau nachvollziehbar. Im Resultatteil wurden die Transkriptionen der offenen Fragen zur Veranschaulichung der Resultate eingebaut. Eine Beurteilung, ob die Resultate signifikant sind, ist nicht vollständig möglich.

##### **Validität:**

Das Studiendesign ist nicht beschrieben. Das Studiendesign wirkt aber passend zu den Studienzielen. Die Methode ist gering beschrieben. Die interne Validität wird gewährleistet, indem der Fragebogen zu den Forschungsfragen passt und zum Erreichen des Forschungsziels führt. Der Vergleich der Resultate mit früheren Studien-Ergebnissen und Vorschläge für zukünftige Studien stellen die externe Validität sicher.

##### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Stufe 6 auf der 6S-Pyramide